

**T.C.**  
**TRAKYA ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA**

Fakülteniz.....Bölümü.....  
numaralı öğrencisiyim. ....sebeplerden dolayı kendi  
isteğimle kaydımı sildirmek istiyorum.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

.../.../20....

İmza

Adı Soyadı

ADRES :

TEL :

**İLİŞİK KESME TABLOSU**

<b>BİRİM</b>	<b>ONAYLAYANIN ADI SOYADI</b>	<b>İLİŞİK DURUMU Var/Yok</b>	<b>İMZA</b>
T.Ü. Kütüphane Dok. Daire Başkanlığı			
T.Ü. Sağlık Kültür Spor Daire Başkanlığı			
Sağlık Bilimleri Fak. Taşınır Kayıt Yetk.	Murat TINİŞ		