T.C.

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ

DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

……../……../20...... tarihinde …..…………………………………………………………………………………… ……………………………………………..………………………………….……………… sebebi dolayısıyla, Fakültenizde vermekte olduğum ders/derslerin telafisini aşağıdaki tabloda belirttiğim gün ve saatte yapabilmem hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim

İmza

 ....../....../20…..

Adı ve Soyadı

E-Mail:

Telefon:

Adres:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DERSİN KODU** | **DERSİN ADI** | **DERSİN ESAS GÜNÜ** | **DERSİN ESAS SAATİ** | **DERSİN TELAFİ GÜNÜ** | **DERSİN TELAFİ SAATİ** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |