T.C.

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ

DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Fakülteniz …… sınıfında ……………………………nolu öğrencisiyim. 20…. – 20…. Akademik Yılı Zorunlu Yabancı Dil (İngilizce) Dersi Muafiyet Sınavına katılmak istiyorum.

Gereğini arz ederim.

İmza

 ....../....../20…..

Adı ve Soyadı

E-Mail:

Telefon:

Adres: