

T.C.
BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK RAPORU DİLEKÇESİ

..... / /

..... **DEKANLIĞINA / MÜDÜRLÜĞÜNE,**

..... Hastanesinden / Merkezinden
almış olduğum / / - / / tarihleri kapsayan (.....) günlük sağlık raporumun kabul
edilmesi konusunda ;

Gereğini ve bilgilerinizi arz ederim.

Öğrencinin Adı - Soyadı :

Öğrenci No :

Fakülte / MYO :

Bölüm / Program :

Cep Telefon No :

İmza :

EK: 1 Adet Rapor