SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

HAMİDİYE SAĞLIK HİZMETLERİ MYO

(Ders Sonuçlandırma/İlanı İptal Formu)

Tarih: .../.../20...

Öğretim Elemanı	**Program Adı**	**Dersin Kodu**	**Dersin Adı**	**İptal edilecek sınav**					
				Vize	Vize-Maz.	Final	Büt	Tek Ders	Ek Snv.

20.../20... Eğitim Öğretim Yılı .....Yarıyılı'na ait, yukarıda bilgileri yazılı olan dersin/derslerin sınavı notlarının sonuçlandırma işleminin iptal edilmesi hususunda;

Gereğini arz ederim.

İsim Soyisim

İmza