



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ



Mezun Olan / Kaydı Silinen / Yatay Geçiş
Yapan Öğrenciler İçin İlişik Kesme
Formu

GÜLHANE ECZACILIK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Adı Soyadı	
T.C. Kimlik No	
Öğrenci No	
Programı	
Sınıfı	
E-postası	
Telefonu	
İlişği Kesme Nedeni	MEZUNİYET ☐ KAYIT SİLME ☐ YATAY GEÇİŞ ☐

Yukarıda belirttiğim nedenle üniversitenizden ilişğimi kesmek istiyorum. Aşağıda yetkililerin imzasıyla belirlenenlerin dışında Üniversitenizin diğer birimleri ile ilişğim olmadığını beyan ederim. Gereğini bilgilerinize arz ederim./...../202.

İmza

Üniversitemiz ile ilişğini kesmek isteyen öğrencinin biriminizle ilişği olup olmadığının açıklanarak,imza edilmesini rica ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Barlas UZUN
Gülhane Eczacılık Fakültesi
Dekan Yardımcısı

Birim	Açıklama	Onaylayanın Adı Soyadı	İmza Tarih
Bölüm/Program SorumlusuAkademik Danışman	İlişği Kalmamıştır		/...../2025
Gülhane Eczacılık Fakültesi Öğrenci İşleri Birimi	Öğrenci Kimliği alınmıştır. İlişği kalmamıştır		/...../2025
Öğrenci Yurt Müdürlüğü	İlişği Kalmamıştır		/...../2025
Bilgi İşlem Daire Başkanlığı	İlişği Kalmamıştır		/...../2025
Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı	İlişği Kalmamıştır		/...../2025
Sağlık Kültür ve Spor Daire Başkanlığı	İlişği Kalmamıştır		/...../2025