**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**

**GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**

**(ÖĞRENCİ İŞLERİ BİRİMİ)**

Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü yapısında açılan…………………………………………………………………………………………..….yüksek lisans/doktora programına kesin kayıt hakkı kazanmış bulunmaktayım. Ülke içinde ve ülke dışında herhangi bir Yükseköğretim Kurumuna kaydımın olmadığını beyan ederim.

İlgili programa kaydımın yapılmasını arz ederim. / /2018

Adı Soyadı :

İmza :

TC Kimlik No. :

Cep Tel :