**T.C.**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ASKERLİK TECİL İSTEM FORMU**



/ /

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**

İSTANBUL

Enstitüdeki öğrenimim nedeniyle Askerlik Sevk Tehirimin yapılması için gereğini bilgilerinize

arz ederim.

*(Öğrencinin Adı ve Soyadı/İmza)*

Adı Soyadı :

T.C. Kimlik No :

Numarası :

Ana Bilim Dalı :

Programı : Yüksek Lisans Doktora

Yarı Yılı : 20\_\_ / 20\_\_ Güz Bahar

Telefon :

E-Posta :

Adres :