**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 :