…. /….. /..….

**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**

Enstitünüzün …………………………………….. Anabilim Dalı Tezli / Tezsiz Yüksek Lisans / Doktora Programı öğrencisiyim. 20…. / 20…. Eğitim-Öğretim Yılı Güz / Bahar Döneminde …………………………..………………………………………. nedeni ile ………………………… Anabilim Dalı Tezli / Tezsiz Yüksek Lisans / Doktora Programında bulunan kaydımın silinmesi hususunda gereğini arz ederim.

Öğrenci Adı-Soyadı

imza

UYGUNDUR

Anabilim Dalı Başkanı Adı, Soyadı

İmza

**Ek:** İlişik Kesme Belgesi (1 Sayfa)