



İLİŞİK KESME FORMU

TARİH: .../.../20...

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ	
Öğrenci No	
Adı, Soyadı	
Programı	
Program Türü	<input type="checkbox"/> Yüksek Lisans (TEZSİZ) <input type="checkbox"/> Yüksek Lisans (TEZLİ) <input type="checkbox"/> Doktora
İletişim Bilgileri (e-posta, tel.)	E-Posta : Telefon :

.....-..... Güz / Bahar yarıyılından itibaren Enstitünüz
programındaki kaydımın silinmesini istiyorum.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Öğrenci Adı Soyadı
İmza

Ek: İlişik Kesme Çıktısı