****

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**

……………………….. Anabilim Dalı ………………… nolu öğrencisiyim. Kendi isteğim ile ……………………. Tezli Yüksek Lisans Programından kaydımı sildirmek istiyorum.

İlişik kesme işlemlerimin yapılması hususunda gereğini saygılarımla arz ederim. …./…/…….

 Adı Soyadı/İmza

**Adres :**

**Telefon:**

**Ek:** Öğrenci Kimlik Belgesi (1 Adet)