T.C.

SAKARYA ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

………………………. BÖLÜM BAŞKANLIĞINA

 Fakültemiz ………………….. Bölümü ………………. numaralı ……. sınıf öğrencisiyim. ……………….. tarihinde yapılan ……………………………………………… dersinin …………… sınav kağıdımın tekrar incelenmesi hususunda gereğini arz ederim.

Gerekçe:

Ders Adı:

Dersin Koordinatörü:

AD/SOYAD

İMZA

GSM NO:

MAİL:……………………………………..@ogr.sakarya.edu.tr