

.../.../.....

..... **FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA /**  
**SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE**

..... / ..... Eğitim-Öğretim yılı Güz / Bahar yarıyılında aşağıda yazılı derslere ait sınav sonucunun tekrar incelenmesini arz ederim.

<b>Adı ve Soyadı</b>	
<b>Öğrenci Numarası</b>	
<b>Bölümü / Programı</b>	
<b>Sınıfı / Grubu</b>	
<b>Sınav Sonuç Yayınlanma Tarihi</b>	
<b>İmza</b>	

<b>Dersin Adı</b>	<b>Yarıyılı</b>	<b>Sınav Türü (Ara, Final vb)</b>	<b>Sınav Notu</b>
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			