**T.C.**

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ’NE**

 Enstitünüz 20….-20…. Eğitim-Öğretim Yılı Güz/Bahar Yarıyılı için ……….………………………… Anabilim Dalı **Yüksek Lisans** / **Doktora** Programına Kesin kaydımın yapılması için gereğini saygılarımla arz ederim.

........./…../20…

 (İsim ve İmza)

|  |  |
| --- | --- |
| Adı ve Soyadı |  |
| Uyruğu  |  |
| Doğum Yeri ve Tarihi |  |  |
| Ana / Baba Adı |  |  |
| T.C. Kimlik No |  |
| Lisans Mezun Olduğu Üniversite /Fakülte / Bölüm |  |  |  |
| YABANCI DİLİ |
| Yabancı Dili (Yılı/Notu) | KPDS : (………/……….) / YDYO : (………/……….) ÜDS : (………/……….) / DİĞER : (………/……….)  |
| Lisans Not Ortalaması |  |
| ALES Notu (Sayısal) (Yılı / Notu ) | (…………/………….) |
| Yüksek Lisans Mezun Olduğu Üniversite /Enstitü / Anabilim Dalı |  |  |  |
| Herhangi bir Lisansüstü Eğitim Programında Kayıtlı Olup, Olmadığı(Kayıtlı ise Üniversitenin Adı / Enstitü / Anabilim Dalı) |  Evet Hayır (……………………..…………………...……….Üniversitesi)(……………………..…………………...……….Enstitüsü)(…………………….………...……………… Anabilim Dalı) |
| İletişim Adresi: |  |
| E-Posta Adresi |  |
| Tel  | Ev Tel:İş Tel:Cep Tel: |
| İmza |  |