**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: Belge Adı /Yılı /Puanı |  Belge Adı : Puanı :  |
| Lisans Not Ortalaması |  |
| ALES Puanı :Türü / Yılı / Notu  | Puan Türü : Yılı : Puanı: |
| 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) |
| **LİSANSÜSTÜ EĞİTİM:** ÇOMÜ Lisansüstü Eğitim- Öğretim Yönetmeliği’nin, programa başlama, kayıt yenileme, dönemlik ders seçimi, zorunlu, seçmeli derslerin alınması, danışmanla olan iletişim, AKTS kredisinin tamamlanması, öğrencilik ve mezuniyet için gerekli şartların benimsenmesi ilgili yönetmeliklerin takibi tarafımdan yapılacaktır. |   OKUDUM ,UYGULAYACAĞIMİMZA |
| İletişim Adresi: |  |
| E-Posta Adresi |  |
| Tel  | Ev Tel:İş Tel:Cep Tel: |