

	PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ KLİNİK UYGULAMA SONU SINAVI TEKRARI BAŞVURU FORMU					
	DOKÜMAN NO	YAYIN TARİHİ	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO		SAYFA NO
	KKU.FR.103	09.09.2024				01

...../...../20....

T.C.

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ

DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Pamukkale Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesinin numaralı öğrencisiyim.
20..../20.... Eğitim-Öğretim Yılı Yarıyılında,/...../20.... tarihinde yapılmış olan
kodlu dersinin klinik uygulama sonu sınavından puan ile geçer not
alamamış bulunmaktayım. 20.... ayında yapılacak olan klinik
uygulama sonu sınavına katılımım hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

.....
.....

Adı – Soyadı

İmza

Tel : 0 (5....)..... / 0 (258).....

E-posta :@.....