

	PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ KLİNİK UYGULAMA TELAFİSİ BAŞVURU FORMU					
	DOKÜMAN NO	YAYIN TARİHİ	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO		SAYFA NO
	KKU.FR.104	09.09.2024				01

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

T.C.

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ

DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Pamukkale Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesinin numaralı beşinci sınıf öğrencisiyim. 20...../20.... Eğitim-Öğretim Yılı Yarıyılında,/...../20.... -/...../20.... tarihleri arasında düzenlenmiş olan kodlu dersinin klinik uygulama programında başarısız oldum. Bu nedenle; başarısız olduğum kodlu dersinin klinik uygulama programını/...../20.... -/...../20.... tarihleri arasında tekrar almak istiyorum.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

.....

.....

Adı – Soyadı

İmza

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

E-posta :@.....