

Tarih/...../

**KOCAELİ SAĞLIK VE TEKNOLOJİ ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA**

28.09.2026 tarihlerinde yapılacak olan telafi sınavına aşağıda belirttiğim ders/derlerden katılmak istiyorum.

Bilgilerinize ve gereğini arz ederim.

Adı- Soyadı:	
Öğrenci Numarası:	
Cep No:	05.....
E-mail adresi:	 @kocaelisaglik.edu.tr

Dersin Kodu	
Dersin Adı	

İmza: