
 İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ 2010 TS EN ISO 9001:2015	T.C. İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ Tıp Fakültesi	
	KAYIT SİLDİRME TALEP FORMU REGISTRATION CANCELLATION REQUEST FORM	Dok. No: FR/230/19
		İlk Yayın Tar.: 07.11.2018
		Rev. No/Tar.:
		Sayfa: 1 / 1

## I- KİMLİK BİLGİLERİ / STUDENT INFORMATION

Adı / <i>First Name</i> :		Soyadı / <i>Surname</i> :	
Öğrenci No. / <i>Student ID</i> :		Bölüm ve Sınıf / <i>Department and Class</i> :	
Yazışma Adresi / <i>Contact Adress</i> :			
Tel : (Ev / <i>Home</i> )	Tel : (İş / <i>Office</i> )	Faks / <i>Fax</i> :	
GSM :	e-mail :		

## II- TALEP / REQUEST

.....nedeniyle kaydımın silinmesini istiyorum. / *I kindly request my registration to be cancelled due to .....*

Bilgilerinize arz ederim./ *For your information*

Saygılarımla / *Sincerely*

İmza / *Signature* :

Tarih / *Date*

:...../...../.....