\_\_\_/\_\_\_/20\_\_

 **KÖYCEĞİZ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ**

 **………………………………………………………….BÖLÜM BAŞKANLIĞINA**

 Bölümünüz…………………………………………………………………….programı, …………………..numaralı öğrencisiyim. “Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Ön Lisans ve Lisans Eğitim-Öğretim Yönetmeliği”nin 15. Maddesine istinaden 20…./20…. Eğitim-Öğretim Yılı ……………yarıyılı ders yükümün belirttiğim yönetmelik maddesi hükmü dahilinde arttırılması hususunda gereğini arz ederim.

 Ad Soyad/İmza