

**SAĞLIK RAPORU DİLEKÇESİ**

..... / ..... / .....

..... DEKANLIĞINA / MÜDÜRLÜĞÜNE,

..... Hastanesinden /  
Merkezinden almış olduğum ..... / ..... / ..... - ..... / ..... / ..... tarihleri kapsayan ..... (.....)  
günlük sağlık raporumun kabul edilmesi konusunda ;  
Gereğini ve bilgilerinizi arz ederim.

**Öğrencinin Adı - Soyadı** : .....

**Öğrenci No** : .....

**Fakülte / MYO** : .....

**Bölüm / Program** : .....

**Cep Telefon No** : .....

**İmza** : .....

**EK: 1 Adet Rapor**