



T.C.
İSTANBUL ŞİŞLİ MESLEK YÜKSEKOKULU
ÖĞRENCİ İLİŞİK KESME FORMU

İSTANBUL ŞİŞLİ MESLEK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE,

Adı Soyadı : _____
Öğrenci No : _____
T.C. Kimlik No: _____
Program/Sınıf : _____
Adres : _____
Telefon : _____

İstanbul Şişli Meslek Yüksekokulu _____ Programı'nda öğrenim görmekteyim. _____ sebebi ile İstanbul Şişli Meslek Yüksekokulu'nda ilişikimin kesilmesini istiyorum. Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Tarih : / /

Adı - Soyadı : _____

İmza : _____

İLİŞİĞİ KESİLECEK BİRİM ADI	İlişığı Vardır / Yoktur	BİRİM SORUMLUSUNUN		TARİH
		ADI-SOYADI	İMZA	
PROGRAM BAŞKANI				
MALİ İŞLER BİRİMİ				
BİLGİ İŞLEM BİRİMİ				
KÜTÜPHANE ve DOK. BİRİMİ				
YÜKSEKOKUL SEKRETERİ				

Kayıt Sildirme Talebinin Kabul/Red Edildiği Yüksekokul Yönetim Kurulu Tarihi : / /

Yönetim Kurulu Karar Sayı Numarası :

ÖĞRENCİ İŞLERİ BİRİM MÜDÜRÜ

UYGUNDUR

... / ... / ...

YRD. DOÇ. DR. M. SEDAT BEKİROĞLU
V. MÜDÜR