

	T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ÇOBANBEY TIP FAKÜLTESİ	
Ders Değişikliği Talep Formu		

... / ... /202...	
Değişmesi istenen mevcut dersin adı:	
Değişmesi istenen mevcut dersin tarih ve saati:	
Ders değişikliği istenen kurulun adı:	
Talepte bulunan öğretim üyesinin adı-soyadı:	
Talepte bulunan öğretim üyesinin görev yeri:	
Değişiklik gerekçesi:	
Talep edilen yeni tarih ve saati:	
Değişecek dersi anlatacak öğretim üyesi:	
İmza Adı-Soyadı	
☐ Yukarıda bahsi geçen ders değişiklik talebi Dekanlığımız tarafından uygun bulunmuştur.	
☐ Yukarıda bahsi geçen ders değişiklik talebi Dekanlığımız tarafından uygun <u>bulunmamıştır</u> .	
Onay veren yetkili imzası	