

T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
UYGULAMALI BİLİMLER YÜKSEKOKULU
DERS TELAFİ FORMU

ADI SOYADI		ÜNVANI :
BİRİMİ		KURUM SİCİL NO :
DERS TELAFİ SEBEBİ	GÖREV/TOPLANTI/KONFERANS <input type="checkbox"/> RAPOR <input type="checkbox"/> İZİN <input type="checkbox"/>	
BAŞLANGIÇ TARİHİ:	BİTİŞ TARİHİ:	
GÖREV/ TOPLANTI/ KONFERANSIN		
YERİ :	TARİHİ:	
KONUSU :		
Telafi Edilecek Ders/Derslerin Adı, Haftalık Ders Programındaki Günü		
Telafi Edilecek Ders/Derslerin Telafi Edileceği Tarih, Gün ve Saat		
UYGULAMALI BİLİMLER YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE		
Mazeretimden dolayı haftalık ders programındaki gününde yapamadığım yukarıda belirtilen dersin/derslerin telafisini yapabilmem için gereğini arz ederim.		
İMZA	İMZA	
.../.../201.../.../201...	
Bölüm Başkanı		
U Y G U N D U R		
.../...../20...		
Doç. Dr. Derviş BOZTOSUN		
Müdür		