|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **logoo** | **T C****ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ****SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ****DERS TELAFİ FORMU** |  |

 **Tarih:**

|  |
| --- |
| **Adı Soyadı :****Anabilim Dalı :** **Telafi Gerekçesi** **:** **Tarih Aralığı : …../…../20-……/……./20**  |

**Ders Bilgileri**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dersin Adı** | **Dersin Yapılamadığı Tarih- Saat** | **Dersin TELAFİ Tarihi - Saati** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
|   **Öğretim Üyesi Anabilim Dalı Başkanı**(Ad Soyad-İmza) (Ad Soyad-İmza)  |

**Ekler:**

1. Fakülte Yönetim Kurulu Kararı