



T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

Diş Hekimliği Fakültesi Dekanlığı



DERS EKLE / SİL FORMU

Öğretim Yılı .:

Dönemi :

İşlem (*)	T	U	Ders Kodu	Ders Adı	Öğretim Elemanı	Dersin Verildiği Birim

(*) İşlem kolonuna **EKLE** veya **SİL** yazınız.

Yukarıda vermiş olduğum değişikliklerin yapılmasını arz ederim.

Danışmanın

Adı Soyadı :

Tarih : / /

İmza :

Öğrencinin

Numarası :

Adı Soyadı :

Tarih : / /

İmza :