

T.C.  
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

**SINAV ÜCRET FORMU**

**Dönem** : .....

**Tarih:** ... / ... / 20.....

**Ünvan Adı ve Soyadı** :

**Bölümü** :

**Sicil No** :

**TC Kimlik No** :

| Dersin Kodu ve Adı | Sınav Tarihi | Öğrenci Sayısı | Sınav Yüğü |
|--------------------|--------------|----------------|------------|
|                    |              |                |            |
|                    |              |                |            |
|                    |              |                |            |
|                    |              |                |            |
|                    |              |                |            |
|                    |              |                |            |
|                    |              |                |            |
|                    |              |                |            |
|                    |              |                |            |
| Toplam             |              |                |            |

Dersi Veren Öğretim Elemanı:

Bölüm Başkanı :

... / ... / 20...

Dekan

---

Adres: KSÜ, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İsmetpaşa Mah. Emniyet Cad.

Tel: 0 344 300 26 01, Belgegeçer: 0 344 300 26 02, e-posta : sbf@ksu.edu.tr