**SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**EBELİK BÖLÜM BAŞKANLIĞI’NA**

Fakültemizin Ebelik Bölümü tarafından yürütülen “Akran Danışmanlığı Programı” içerisinde **akran danışmanı** olmak istiyorum.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Ad Soyad

İmza

|  |  |
| --- | --- |
| **ÖĞRENCİ** |  |
| **NUMARASI** |  |
| **ADI/SOYADI** |  |
| **BÖLÜM** |  |
| **ADRESİ** |  |
| **TEL** |  |
| **AKADEMİK DESTEK VERİLECEK DERS** |  |
| **İLGİLİ DERSİN BAŞARI NOTU** |  |