**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**  |  |