

AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

20....-20.... Öğretim yılı Yabancı Dil Seviye Tespit ve Muafiyet Sınavına katılmak istiyorum.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Programı :
Öğrenci No :

Tarih
Adı Soyadı
İmza

Sınava Girmek İsteddiği Yabancı Dil

- İngilizce
 Almanca
 Fransızca