MAKÜIBSHMYO
BURDUR SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU

T.C.

BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Burdur Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü
Akademik Danışmanlık Uygulama Formu

TOPLANTI NO	TOPLANTI TARİH ve SAATİ	TOPLANTI YERİ
.....	...../...../.....	

Toplantıya Katılan Öğrenci			
Adı Soyadı	**İmza**		
Danışman Öğretim Elemanı Adı Soyadı			