**T.C.**

**ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ**

**Abdi Sütcü Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğüne**

Yüksekokulunuzca planlanmakta olan Covid-19 aşı uygulamasına kendi isteğimle katılmak istiyorum.

Bilgilerinize arz ederim.

|  |  |
| --- | --- |
| **Covid-19 Aşısı Yaptırmak İsteyen Öğrencinin** | |
| **Adı-Soyadı** |  |
| **TC No:** |  |
| **Programı** |  |
| **Yüksekokul No** |  |