

KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİ TOPLULUKLARI İLETİŞİM FORMU …………………………………………….. TOPLULUĞU

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SIRA NO** | **ADI SOYADI** | **FAKÜLTE/M.Y.O** | **BÖLÜMÜ** | **SINIF** | **TELEFON** | **KAN GRUBU** | **E-POSTA** | **İMZA** |
| 01 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 02 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 03 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 04 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 05 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 06 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 07 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 08 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 09 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |

* Yukarıda Adı Soyadı yazan kişilerin bilgilerinin doğruluğu tarafımca kontrol edilmiştir.

**Topluluk Başkanı Ad-Soyad-İmza Akademik Danışman Ad-Soyad-İmza**