**Басқарма төрағасы-ректор А.Турмухамбетоваға**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ курс резидентінен

білім беру бағдарламасы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (университет атауы) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (білім алушының толық аты-жөні) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (байланыс телефондары) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (электрондық пошта)

**Өтініш**

«Астана медицина университеті» КеАҚ-қа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ білім беру бағдарламасының\_\_\_\_\_ жылына ауысуға рұқсат беруіңізді сұраймын \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (білім алып жатқан университеттің атауы)

GPA\_\_\_\_\_ (транскрипт бойынша оқу мерзіміндегі)

Оқу нысаны: бюджеттік (грант)/ақылы

Оқыту тілі: қазақ/орыс/ағылшын

**Өтінімді беру күні**

**Білім алушының қолы**

**e-mail**