**«Астана медицина университеті» КеАҚ**

**Басқарма төрағасы-ректоры**

**К.Т. Надыровқа**

 **азамат (ша)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (тегі, аты, әкесінің аты)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (байланыс телефоны)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (e-mail)

**Өтініш**

 «Астана медицина университеті» КеАҚ-тың \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мамандығының \_\_\_\_\_\_\_- курсына мені оқуға қайта қабылдауға рұқсат

беруіңізді сұраймын. Оқудан шығару себебі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

GPA –

Оқу нысаны: ақылы

Оқу тілі: қазақ // орыс // ағылшын

 (қажеттісінің астын сызыңыз)

Өтініш берілген күн Қолы