	Sesli Yayın Başvuru Formu	**Doküman No:**	KDDB.FR.0003
		Yayın Tarihi:	25.10.2022
		Revizyon Tarihi:	29 06.2026
		Revizyon No:	01
		Sayfa:	1/2

YAYIN	Yazar:	
	Yayın Adı:	
	Yayın Yeri, Yayınevi, Tarih (Basım) :	
	Seslendirilmesi İstenen Sayfa Aralığı:	
TALEP EDEN	Ad Soyad:	
	Fakülte:	
	Bölüm:	
	Sicil/ Öğr. No:	
	Ders Adı:	
	Telefon :	
	E-Posta :	
SESLENDİREN	Ad Soyad:	
	Fakülte:	
	Bölüm:	
	Sicil/ Öğr. No:	
	Ders Adı:	
	Telefon:	
	E-Posta:	

YETKİLİ PERSONELİ			
Kayıt No :	**Tarih :**	**Teslim Alan :**	**İmza :**

HAZIRLAYAN	ONAYLAYAN
…../……./…….	…../……./…….
Birim Kalite Ekibi	Daire Başkanı
İMZA	İMZA