T.C.



 İSTANBU VALİLİĞİ

İl Sağlık Müdürlüğü

 Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**HASTANE BAŞHEKİMLİĞİNE**

 Hastanede ………………………………………………uzmanlık öğrencisi olarak görev yapmaktayım. Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği’nin 18.maddesi gereğince zorunlu olan … (……) ay süreli ...………………………………………rotasyonuma ……/……/………. tarihi itibari ile başlamak istiyorum.

 Gereğini arz ederim.

 Ad, Soyad:

 Sicil No/T.C. No:

 İmza:

Klinik Eğitim Sorumlusu Klinik Eğitim Sorumlusu

 KAŞE-İMZA KAŞE-İMZA