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