İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

 TOKAT

…./…./20… tarihi itibari aşağıda belirtmiş olduğum aile hekimliği birimine yerleştim. Yerleşmiş olduğum aile hekimliği biriminde daha önce uygulanan mesai değişikliğine/esnek mesaiye devam etmek istemiyorum. Gerekli gördüğümde değişiklik talebi yapacağım.

Gereğini arz ederim. …./…./20…

İlçe :

Aile Sağlığı Merkezinin Adı :

Aile Hekimliği Biriminin Kodu :

Adı Soyadı

 İmza