T.C.

KAYSERİ VALİLİĞİ

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

 Kayseri Şehir Hastanesi Başhekimliğine

 Hastanemiz…………...............……………..........………Kliniği’nde asistan doktor olarak görev yapmaktayım. Yapmak zorunda olduğum ……ay süreli………………………………………………………………………………………rotasyonumu Hastanemiz ilgili Kliniği’nde yapmak istiyorum.

 Gereğini arz ederim.

 Eğitim Görevlisinin Adı Soyadı Asistanın Adı Soyadı

 İmzası İmzası