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