T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Kayseri Şehir Hastanesi

# ASİSTAN ROTASYON BELGESİ

YAPILAN ROTASYON:

|  |  |
| --- | --- |
| TC KİMLİK NO |  |
| ADI SOYADI |  |
| BRANŞI / DALI |  |
| SİCİL NO |  |
| ROTASYON SÜRESİ |  |
| ROTASYONUN BAŞLANGIÇ VE BİTİŞ TARİHİ |  |
| EĞİTİM SORUMLUSU KANAATİ |  |
| SONUÇ |  |

EĞİTİM SORUMLUSU

TASDİK OLUNUR

BAŞHEKİM

İMZA-MÜHÜR