



MESUL MÜDÜR DİLEKÇESİ (Diş Hekimleri İçin)

AFYONKARAHİSAR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlimiz.....İlçesi.....
.....adresinde,.....
.....Ltd.Şti./AŞ. sahipliğinde faaliyet gösteren Özel Ağız ve Diş
Sağlığı Polikliniğinde Diş Hekimi aşağıda belirtilen gün ve saatlerde
çalışmaya başlayacaktır. Başvuru evrakları ektedir.

Gereğini arz ederim. / / 20....

Mesul Müdür

Ad/Soyad/İmza/Kaşe

ÇALIŞMA GÜNLERİ	ÇALIŞMA SAATLERİ