



## AFYONKARAHİSAR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlimiz.....İlçesi.....  
.....adresinde,.....  
..... faaliyet gösteren Özel  
..... Ağız ve Diş Sağlığı  
Muayenehanesindeki  Polikliniğindeki  Merkezindeki   
görevimden..... tarihi itibari ile ayrılmış bulunmaktayım.  
Gereğini arz ederim. ....../...../20....

Ad/Soyad/İmza/Tarih