



**AFYONKARAHİSAR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE**  
**MESUL MÜDÜR DİLEKÇESİ ( Diş Hekimleri İçin)**

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

Gereğini arz ederim. .... / ..... / 20....

Mesul Müdür  
Ad/Soyad/İmza/Kaşe

<b>ÇALIŞMA GÜNLERİ</b>	<b>ÇALIŞMA SAATLERİ</b>