



## AFYONKARAHİSAR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlimiz.....İlçesi.....  
.....adresinde,.....  
.....faaliyet gösteren Özel ..... Ağz  
ve Diş Sağlığı  Merkezindeki  Hastanesindeki görevimden .....  
tarihi itibari ile ayrılmış bulunmaktayım.

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

Ad/Soyad/İmza/Tarih