T.C. İSTANBUL VALİLİĞİ



İl Sağlık Müdürlüğü

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 771

Konu : İhtisas Uzatma

HASTANE BAŞHEKİMLİĞİNE

Hastaneniz ……………………………………..kliniğinde asistan doktor olarak görev yapmaktayım. ………………. tarihinde bitecek olan ihtisasımın Covid-19 salgını sebebi ile ihtisasımın …….(…….) ay süre ile uzatılması hususunda;

Gereğini arz ederim.

 Adı:

 Soyadı:

 Tc:

 Tarih:

 Eğitim Sorumlusu

 İMZA-KAŞE