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