T.C.

xxxxxxx KAYMAKAMLIĞI

xxxxxxxxxxxx İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ xxxxxxxxxxxxxxxxxxx AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ

(xx.xx.xxx Nolu Aile Hekimliği Birimi)

.

Sayı : xxxxxx

Konu : xxxxxx

xxxxxxxxxxxxxxxxxxx İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

xxxxxx ASM Personellerimize ait yıllık izin talep evrakları ektedir. Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Dr. Xxx xxx

Ek:

1- xxxx

2- xxxx

xxxxxxx ASM Bilgi için: Xxxx Xxx

Telefon: XXXXXXX AİLE HEKİMİ

e-Posta: xxxxxxx@saglik.gov.tr