**ÖNİZİN BAŞVURU DİLEKÇESİ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE)   |  |  | | --- | --- | | Kurum/kuruluşun adı: |  | | Merkez Sorumlu Uzmanı Adı-Soyadı |  | | Merkezde Çalışacak Personel |  | | Adresi: |  | | Yukarıda adı ve bilgileri belirtilen kurum/kuruluşta nöromusküler hastalıklar merkezi olarak hizmet vermek istiyorum. İzin işlemlerinin başlatılması için gereğini arz ederim.  ..../..../....  Adı-Soyadı imza | | |