T.C.

ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ

…………………………………..

HASTA SEVKİ İZİN FORMU

Adı Soyadı :

Başvuracağı Sağlık Kurumu :

Sevke Gidiş Tarihi :

Sevke Gidiş Saati : İmza:

Sevkten Dönüş Tarihi :

Sevkten Dönüş Saati : İmza:

 Birim Amiri

 İmza

 ……/…../20..

NOT: Sevk dönüşlerinde ilgili Sağlık Kurumunun düzenlediği işgörebilir veya işgöremez belgesi birim amirine teslim edilecektir.