**TEBLİG - TEBELLÜG BELGESİ**

|  |
| --- |
| **Tebligat yapılan memurun Adı ve Soyadı :** **Tebliğ tarihindeki görev yeri ve unvanı :**Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı **Tebliğ edilen yazı, onay veya kararın tarih ve sayısı :** **Tebligatın konusu :** **Tebligatın yapıldığı tarih :**  |

|  |
| --- |
| **TEBLiG EDEN: TEBELLÜG EDEN:****İmzası : İmzası :****Adı ve Soyadı : Adı ve Soyadı :** **Unvanı : Unvanı :** **Tarih : Tarih :**  |