**T.C**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**

**Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi**

**……………………. Kliniği**

**ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE**

 Kliniğimizde uzmanlık öğrencisi olarak görev yapan Dr. …………, Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin 18. maddesi gereğince yapması gereken zorunlu 1 (bir) ay süreli ……………………..rotasyonunu …./..../….. tarihinden itibaren Hastanemiz …………………… kliniğinde yapabilmesi hususunda;

Gereğini arz ederim.

 Prof. Dr………….

 ………….. Kliniği Eğitim Sorumlusu