

..... TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİNE

ASM ADI :
AHB ADI :
AH ADI SOYADI :

MEVCUT PLAN:

GÜZERGAH ADI	GEZİCİ SAĞLIK HİZMETİ VERİLECEK YERLEŞİM BİRİMİ ADI	GEZİCİ SAĞLIK HİZMETİ ALACAK KİŞİ SAYISI (KDS NÜFUSU)	TOPLAM KATEDİLECEK MESAFE	BİR AYDA PLANLANAN SEFER SAYISI	AYIN HANGİ HAFTASI	HAFTANIN HANGİ GÜNÜ	HİZMET VERİLECEK SAAT ARALIĞI	AYLIK FİİLİ HİZMET VERİLECEK SAAT

YENİ PLAN:

GÜZERGAH ADI	GEZİCİ SAĞLIK HİZMETİ VERİLECEK YERLEŞİM BİRİMİ ADI	GEZİCİ SAĞLIK HİZMETİ ALACAK KİŞİ SAYISI (KDS NÜFUSU)	TOPLAM KATEDİLECEK MESAFE	BİR AYDA PLANLANAN SEFER SAYISI	AYIN HANGİ HAFTASI	HAFTANIN HANGİ GÜNÜ	HİZMET VERİLECEK SAAT ARALIĞI	AYLIK FİİLİ HİZMET VERİLECEK SAAT

GEREKÇE :

.....
..... nedeniyle gezici/yerinde sağlık hizmeti programımda değişiklik yapmak istiyorum. Arz ederim.

Dr.
Aile Hekimi
İmza-Tarih

ONAY
..... / / 20
Dr.
TSM Sorumlu Hekimi

*Değişiklik Onayının bir nüshası ilgili aya ait gezi beyanı ile birlikte Müdürlüğe gönderilir.

*Değişiklik onaylandıktan sonra aile hekimi; köy ve mahalle muhtarları ile kurum yetkilileri vasıtasıyla en geç bir önceki ayın son iş günü saat 12.00 ye kadar yeni programının duyurulmasını sağlar.