

..... TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ
İL DIŐI GÖÇ BİLDİRİM LİSTESİ

YIL:

AY :

Sıra No	İL DIŐINA GÖÇ ETTİĞİ TESPİT EDİLEN KİŐİNİN					
	T.C. No.	Adı Soyadı	İl	İlçe	Açık Adresi (ADNKS veya Beyan)	İletişim Bilgileri
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						

*Her ayın 5 inde Aile Hekimliği Uygulama Şubesinde olacak şekilde gönderilecektir.

HAZIRLAYAN

.....
.....
.....

ONAY

..... /..... / 201..

TSM Sorumlu Hekimi
imza