**BEYANNAME**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ADI SOYADI | BABA ADI | DOĞUM YERİ VE TARİHİ | TABİYETİ | MEZUNİYET TARİHİ | DİPLOMA NO | İKAMET ADRESİ |
|  |  |  |  |  |  |  |

 Yukarıda yazılı bilgiler nüfus kaydıma göre tarafımdan doldurulmuş olup, diplomamın tescil işlemi için Sağlık Bakanlığına gönderilmesini arz ederim.

# Mezun Olduğu

Fakülte veya Yüksekokul : Tıp

Bölüm/Progra : Tıp ……../……../20……

# İMZA