T.C.

…………… VALİLİĞİ

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

………………. Hastanesi

Tarih: .…/…./…...

KONGRE GÖREVLENDİRME FORMU

|  |  |
| --- | --- |
| **Adı- Soyadı** |  |
| **Görevi ve Birimi** |  |
| **Ayrılış Tarihi** |  |
| **Kongre İzninde Bulunduğu Gün Sayısı** |  |
| **Kongre Yeri** |  |
| **İzin Süresince Yerine Bakacak Personel** |  |

**KONGRE KATILIM**

**ŞEKLİ**

**POSTER** **SÖZLÜ** **DİNLEYİCİ** **OTURUM**

**SUNUM** **BAŞKANLIĞI**

**HASTANE BAŞHEKİMLİĞİNE**

202.. Yılı içerisinde Bakanlığın 2004/97 sayılı genelgesi doğrultusunda …kez görevlendirildim/görevlendirilmedim.

…/…/202.. tarihinden itibaren kongre katılımında … kez görevlendirilmem ve izinli sayılmam hususunda;

Gereğini arz ederim.

**Adres ve Telefon** **Adı ve Soyadı:**

**Sicil Numarası:**

**İmza:**

ONAY

Klinik veya Birim Sorumlusu

**Uygundur / Uygun Değildir**

**…./…../.202**

Başhekim