



.../.../20.... tarihinde ..... Hastanesinde/ADSM de  
göreve başlamış bulunmaktayım. Göreve başladığım il/ilçeği tanıyor olmam nedeniyle  
resmi kurumların tanıtılması talebini kendi rızam ile kabul etmiyorum.

**EĞİTİM HEMŞİRESİ ADI SOYADI İMZA****UYUM EĞİTİMİ ALAN KİŞİ ADI SOYADI İMZA**