.../.../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