

BEYANNAME

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

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

Mezun Olduğu

Fakülte veya Yüksekokul :

Bölüm/Program :

...../...../20.....

İMZA