



T.C.

KIRŞEHİR AHİ EVRAN ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA

Aşağıda bilgileri verilen Fakülteniz 3. Sınıf öğrencileri müfredatınız kapsamında planlanan Aile Sağlığı Merkezimizdeki ziyaretini tamamlamıştır.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla arz ederim.

07/10/2024

İmza/Kaşe

	Numarası	Adı Soyadı	Tarih	ASM Adı
1	07.10.2024	Aşıkpaşa ASM
2				
3				
4				
5				
6				