……. İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

DOĞUM BEYAN TUTANAĞI_(Ek-4)

……..numaralı aile hekimliği biriminde Aile Hekimliği Bilgi Sistemine kesin kayıtlı olan ……doğum tarihli olarak kaydı bulunan……..……. T.C. Kimlik numaralı ……..…… isimli çocuğumun……. tarihinde doğduğunu beyan ederim.

Bu tutanak aşağıda isimleri bulunan kişilerce imza altına alınmıştır.

…/…/20… ..../…./20….

…… ……..…….

Aile Sağlığı Çalışanı Aile Hekimi

İmza İmza

…./…./20….

……

Çocuğun annesi/babası/vasisi

Adres bilgisi:

Telefon numarası:

İmza

…../…../20…

İSM/TSM BAŞKANI

İmza