…… İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İZLEM/AŞI TUTANAĞI (Ek-7)

……..……..numaralı aile hekimliği biriminde Aile Hekimliği Bilgi Sistemine kesin kayıtlı olan……..……...T.C. Kimlik numaralı……isimli çocuğumun/kendimin İzlemi/aşısını…..……..…… nedeniyle …… tarihinde ……isimli sağlık kurumunda yaptırdığımı beyan ederim.

Bu tutanak aşağıda isimleri bulunan kişilerce imza altına alınmıştır.

…/…/20… ..../…./20….

…… ……..…….

Aile Sağlığı Çalışanı Aile Hekimi

İmza İmza

…./…./20….

……

Kişini kendisi veya çocuğun annesi/babası/vasisi

Adres bilgisi:

Telefon numarası:

İmza

…../…../20…

İSM/TSM BAŞKANI

İmza