



**T.C.  
ESKİŞEHİR VALİLİĞİ  
HALK SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ**

**AİLE HEKİMİ TERCİHİ BAŞVURU FORMU**

| SIRA | TC KİMLİK NO | ADI | SOYADI | ANNE ADI | DOĞUM TARİHİ | İMZA |
|------|--------------|-----|--------|----------|--------------|------|
| 1    |              |     |        |          |              |      |
| 2    |              |     |        |          |              |      |
| 3    |              |     |        |          |              |      |
| 4    |              |     |        |          |              |      |
| 5    |              |     |        |          |              |      |
| 6    |              |     |        |          |              |      |

|  |   |
|--|---|
| <p><b>TERCİH NEDENİ</b></p> <p><input type="checkbox"/> UYUM</p> <p><input type="checkbox"/> BÖLGE DEĞİŞİKLİĞİ</p> <p><input type="checkbox"/> ULAŞIM ZORLUĞU</p> <p><input type="checkbox"/> DİĞER.....</p> | <p><b>ADRES:</b></p> <p>TEL NO 1</p> <p>TEL NO 2</p>                                    |
| <b>BAŞVURU YAPAN KİŞİ</b>  | <b>TERCİH EDİLEN AİLE HEKİMİ</b>  |
| <p>İSİM :</p> <p>...../...../20.... İMZA</p>   | <p>AH.NO:26.13.130 MOLU AH</p> <p>AH İSİM : GÜL BEŞOĞUL</p> <p>AH ASM. YENİKENT ASM</p> |

Başvuruyu alan personel

İsim: .....

Tarih:.....

İmza:.....