**AĞRI DEVLET HASTANESİ KADIN DOĞUM EK BİNA**

**SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ MÜDÜRLÜĞÜ’NE**

**……………………………………………………………..**

**Nöbetçi Süpervizör …………/……../201…**

**Adı, Soyadı ve İmzası**

**……../……../201…**

**ONAY**