|  |
| --- |
|  **…../…../…..** **ANKARA** Fakültemiz Çocuk Diş Hekimliği Ana Bilim Dalı Kliniğimize …../…../… tarihte müracaat eden, Kurumunuz mensubu …….…………………………………………………………………’in kızı/oğlu, ………………………………………………………………………………’ nin muayene ve tedavisi …../….. saatleri arasında yapılmıştır. Bilgilerinizi arz/rica ederim. **Öğretim Üyesi** **Adı Soyadı**  |