|  |
| --- |
|   **…../…../20..** **ANKARA**………………………………….. adlı hastanın yapılan klinik ve radyografik muayenesi sonucunda ………………….. numaralı dişini/dişlerinin çekimine karar verilmiştir. Gereğinin yapılması için arz/rica ederim. Nöbetçi Öğretim Üyesi  |