|  |
| --- |
| **…../…../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 |