



# SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU

## ŞİKAYET DİLEKÇESİ

Tarih:

Saat:

Şikayet Edilen Kişi/Birim:

Şikayet Konusu:

.....  
.....

Olay:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

İmza:  
Adı Soyadı:

Başvuru Sahibinin;

T.C.Kimlik Numarası:

Adı Soyadı:

İş Adresi:

Birimi/Görevi:İş

Tel.No:

İkamet Adresi:Ev

Tel.No: Gsm No:

e-posta:

EK: