……/……/………

**46.BÖLGE UŞAK ECZACI ODASI**

**YÖNETİM KURULU BAŞKANLIĞI’NA**

……………………………………………………………………………………. adresinde, Ecz. ………………………………………… sahip ve mesul müdürlüğünde faaliyet gösteren …………………………………. Eczanesi’nde yardımcı eczacı olarak çalışmayı kabul ediyorum.

İl Sağlık Müdürlüğü’ne verilmek üzere meslekten men cezası almadığıma dair belgenin tarafıma verilmesini arz ederim.

**İsim ve Soyad :**

**TC :**

**Telefon :**

**Adres :**

**İmza :**