................................................. İL/İLÇE

................................................. ASKERLİK ŞUBESİ BAŞKANLIĞINA

Konu: Sağlık Engelinin İncelenmesi Talebi

T.C. Kimlik No : .............

Adı Soyadı : .............

Doğum Tarihi : .............

Adres : .............

Telefon : .............

Sevk Tarihi : .............

Açıklamalar:

- Uzun süredir ................... hastalığı nedeniyle tedavi görmekteyim.

- Askerlik hizmetine engel olup olmadığının belirlenmesi için hastane sevki

 talep etmekteyim.

Gereğini arz ederim.

..............., .... / .... / 20....

İmza

Ekler:

1) Hastane Raporları

2) Kimlik Fotokopisi