

..... 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 sevkı talep etmekteyim.

Gereğini arz ederim.

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

İmza

Ekler:

- 1) Hastane Raporları
- 2) Kimlik Fotokopisi