



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
KONSÜLTASYON İSTEM FORMU

Doküman Kodu:HB.FR.01	Yayın Tarihi:21/09/2017	Revizyon Numarası:1	Revizyon Tarihi:12/05/2023	SayfaNo/SayfaSayısı:1/2
-----------------------	-------------------------	---------------------	----------------------------	-------------------------

Değerlendiren Hekim
Adı Soyadı:
İmza:

HAZIRLAYAN(.../.../...)	KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
	Kalite Yönetim Direktörü	Dekan