**KOCAELİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE**

Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Bulaşıcı Hastalıklar Birimi tarafından 22 Mayıs 2024 tarihinde yapılacak olan “Lejyoner Hastalığı Kontrol Programı Eğitimi” ne tesisimizden aşağıda kimlik bilgileri yazılı kişilerin katılımını istiyoruz. Eğitim katılım ücreti ile ilgili ödeme makbuzu ekte sunulmuştur.

 Gereğini arz ederim.

**Konaklama Birimi Adı :**

**İletişim Bilgileri (Telefon ve e- Posta Adresi) :**

 **Konaklama Tesisi Yönetici / Sahibi**

**Adı ve Soyadı :**

**İmzası :**

**Tarih :**

**EĞİTİME KATILACAK KİŞİ BİLGİLERİ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **SIRA NO** | **ADI SOYADI** | **TC KİMLİK NO** | **TELEFON** | **MAİL ADRESİ** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |