

ΠΡΟΣ:

Τη Δ/νση του Νοσοκομείου

ΑΙΤΗΣΗ

του/της

.....

.....

.....

Ειδικότητα.....

.....

Παρακαλώ όπως μου χορηγήσετε άδεια λοχείας

..... μηνών από

Συνημμένα υποβάλλω την από

Ιατρική Γνωμάτευση.

Ο/Η Αιτ.....