



## ADAY DEĞERLENDİRME FORMU

Dokuman No:	İK.FR.03
Yayın Tarihi:	29.04.2013
Rev.No:	00
Rev.Tarihi:	
Sayfa No.	1/1

ADAYIN ADI SOYADI : .....

ADAY OLUNAN POZİZYON : .....

HEMŞİRELİK HİZMETLERİ GÖRÜŞME NOTLARI:

GÖRÜŞME YAPAN:

İMZA:

TARİH:

HASTANE MÜDÜRÜ GÖRÜŞME NOTLARI:

GÖRÜŞME YAPAN:

İMZA:

TARİH:

ÜST YÖNETİCİ GÖRÜŞ VE ONAY:

GÖRÜŞ VE ONAY BİLDİREN:

İMZA:

TARİH

DİĞER: