

T.C  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Form No:

YEŞİL KART BİLGİ FORMU

YIL: \_\_\_\_\_  
AY: \_\_\_\_\_

İL: \_\_\_\_\_  
İLÇE: \_\_\_\_\_

Yeşil Kart Sahibi Kişi Sayısı	Yeşil Kart Almak İçin Yeni Başvuru Sayısı	Yeşil Kart Alan Kişi Sayısı	Yeşil Kart Sahibi Olup Ölen Kişi Sayısı	Yeşil Kartı İptal Edilen Kişi Sayısı	Toplam Yeşil Kart Sahibi Kişi Sayısı

DÜZENLEYEN	
Adı Soyadı:	
Ünvanı:	
Tarih:	
İmza:	

ONAYLAYAN	
Adı Soyadı:	
Ünvanı:	
Tarih:	
Mza-mühür:	