

אישור על שינוי מין

אני הח"מ, ד"ר _____ מאשר בזאת כי מר/גב' _____
מ.ז.: _____ עבר/ה הליך שינוי מין מ _____ ל _____
ויש לראותו/ה כזכר/נקבה(נא לסמן בעיגול).

שם הרופא: _____ תאריך: _____ חתימה וחותמת: _____