

אישור על שינוי מין

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

שם הרופא : _____ תאריך: _____ חתימה וחותמת: _____