**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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_