**MEB PERSONELİ AYAKTA TEDAVİ BEYAN BELGESİ**

**ŞEHİT HAMİDE SİBEL ÇETİNKAYA ANADOLU LİSESİ MÜDÜRLÜĞÜNE**

Hastanın TC Kimlik Numarası: ……………………………………………………………………….

Hastanın Adı Soyadı: …………………………………………………………………………………….

Hasta Olan Kişinin Memura Yakınlığı: …………………………………………………………..

Hastanın Tedavi Olduğu Sağlık Kuruluşu:……………………………………………………….

Sağlık Kurumuna Giriş Tarihi Ve Saati:……………………………………………………………

Sağlık Kurumundan Çıkış Tarih Ve Saati:…………………………………………………………..

Memur Görev Yerine Döndü İse Tarih ve Saati: ………………………………………………

Yukarıda belirtmiş olduğum sağlık kuruluşunda/ kuruluşlarında belirttiğim tarih ve saatler arasında ayakta tedavi yapıldığını beyan ederim.

……/………./…………

………………………………..

Adı Soyadı

………………………….

Ünvanı

mebbilgi