**MİLLİ EĞİTİM BAKANLIĞI PERSONELİ**

**AYAKTA TEDAVİ BEYAN BELGESİ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MEMURUN:** | Adı Soyadı: | : |  |
| T.C. Kimlik No | : |  |
| **HASTANIN:** | Adı Soyadı | : |  |
| T.C. Kimlik No | : |  |
| Memura Yakınlığı | : |  |
| Tedavi Olduğu Sağlık Kuruluşunun Adı | : |  |
| Sağlık Kurumuna Başvuru Tarihi ve Saati | : |  |
| Ayakta Yapılan Tedavinin Bitiş Tarihi ve Saati : | : |  |
|  |
| Yukarıda belirtmiş olduğum sağlık kuruluşunda ayakta tedavi yapıldığını beyan ederim.  … /… /………. |
| Hekimin Kaşesi:İmzası: | Memurun Adı Soyadı :Unvanı :İmzası: |
| *Milli Eğitim Bakanlığı’nın 23.06.2010 tarih ve 2010/41 sayılı genelgesine göre düzenlenmiştir.* |