**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.* | | | | |