

## MİLLİ EĞİTİM BAKANLIĞI PERSONELİ AYAKTA TEDAVİ BEYAN BELGESİ

Hastanın Adı Soyadı : .....

Aile Fertlerinin Yakınlığı : .....

T.C. Kimlik No : .....

Tedavi Olduğu Sağlık Kuruluşunun Adı : .....

Sağlık Kurumuna Başvuru Tarihi : .....

Tedavi Olduğu Tarih ve Saat : .....

Yukarıda belirtmiş olduğum sağlık kuruluşunda ayakta tedavi yapıldığımı beyan ederim. .... / .... / .....

Adı Soyadı : .....

Unvanı : .....

imza : .....

**NOT:** Ayakta Tedavi olan sevkli öğretmen, yönetici ve memurlarımız tarafından ilgili muayeneyi yapan doktora imzalatılacak formun aynı gün okul idaresine teslim edilmesi gerekmektedir.

Dayanak : 2010/41 Sayılı Genelge

## MİLLİ EĞİTİM BAKANLIĞI PERSONELİ AYAKTA TEDAVİ BEYAN BELGESİ

Hastanın Adı Soyadı : .....

Aile Fertlerinin Yakınlığı : .....

T.C. Kimlik No : .....

Tedavi Olduğu Sağlık Kuruluşunun Adı : .....

Sağlık Kurumuna Başvuru Tarihi : .....

Tedavi Olduğu Tarih ve Saat : .....

Yukarıda belirtmiş olduğum sağlık kuruluşunda ayakta tedavi yapıldığımı beyan ederim. .... / .... / .....

Adı Soyadı : .....

Unvanı : .....

imza : .....

**NOT:** Ayakta Tedavi olan sevkli öğretmen, yönetici ve memurlarımız tarafından ilgili muayeneyi yapan doktora imzalatılacak formun aynı gün okul idaresine teslim edilmesi gerekmektedir.

Dayanak : 2010/41 Sayılı Genelge