

MİLLİ EĞİTİM BAKANLIĞI PERSONELİ
AYAKTA TEDAVİ BEYAN BELGESİ

<u>Hastanın</u>	:
T.C. Kimlik Numarası	:
Adı Soyadı	:
Memura Yakınlığı	:
Tedavi Olduğu Sağlık Kuruluşunun Adı	:
Sağlık Kurumuna Giriş Tarihi ve Saati	:/...../.....:.....
Sağlık Kurumundan Çıkış Tarihi ve Saati	:/...../.....:.....
Memurun Görev Yerine Döndü ise Tarih ve Saati	:/...../.....:.....

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

Adı Soyadı :

Unvanı :

Kurum Sicil No :

İmza :

T.C. KIRIKHAN KAYMAKAMLIĞI İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü Kırıkhan Fevzi Çakmak Anadolu Lisesi		
KAYIT	Tarih/...../20.....
	Sayı	
HAVALE	Gereği	
	Bilgi	
Dosya No	E-15018448-.....	
Ekler		