**…. MÜDÜRLÜĞÜNE**

 **İLÇE:**

 ……/……/20….. tarihinde …………………………………………………………… hastalığıma bağlı olarak (…..)…. gün sağlık raporu almış bulunmaktayım. Müdürlüğünüzce de uygun görüldüğü takdirde raporumun işlenmesi hususunda;

 Gereğini arz ederim. …..../….../20…..

 ADI SOYADI/İMZA

**İznimi Geçireceğim Adres / Adresler:**

…………………………………..

…………………………………..

 …………………………………..

 **…………./………**

**Tel:**

0 (……….) ……………..……….

**T.C Kimlik Numarası:**

…………………………….……..

**Mail (e-posta) Adresi:**

……………………….@...........................

Ek: Sağlık Raporu ( ….. Sayfa)