



**MİLLÎ 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 :
Ayakta Yapılan Tedavinin bitiş tarihi :

Yukarıda belirtmiş olduğum sağlık kuruluşunda ayakta tedavi yapıldığımı beyan ederim./...../20....

**Adı Soyadı:
Unvanı
imza**

**MİLLÎ 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 :
Ayakta Yapılan Tedavinin bitiş tarihi :

Yukarıda belirtmiş olduğum sağlık kuruluşunda ayakta tedavi yapıldığımı beyan ederim./...../20....

**Adı Soyadı:
Unvanı
imza**