

**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 :**