



**MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI PERSONELİ
AYAKTA TEDAVİ BEYAN BELGESİ**

Hastanın

Adı Soyadı :

Aile Fertlerinin Yakınlığı :

Tedavi Gördüğü Sağlık Kuruluşunun Adı :

Sağlık Kurumuna Başvuru Tarihi-Saati :/...../..... Saat:.....

Ayakta Yapılan Tedavinin Bitiş Tarihi-Saati :/...../..... Saat:.....

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

Adı Soyadı :

Ünvanı :

İmza :



**MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI PERSONELİ
AYAKTA TEDAVİ BEYAN BELGESİ**

Hastanın

Adı Soyadı :

Aile Fertlerinin Yakınlığı :

Tedavi Gördüğü Sağlık Kuruluşunun Adı :

Sağlık Kurumuna Başvuru Tarihi-Saati :/...../..... Saat:.....

Ayakta Yapılan Tedavinin Bitiş Tarihi-Saati :/...../..... Saat:.....

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

Adı Soyadı :

Ünvanı :

İmza :