



MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI PERSONELİ AYAKTA TEDAVİ BEYAN BELGESİ

HASTANIN	
Adı Soyadı	:
Aile Fertlerinin Yakınlığı	:
T.C. Kimlik No	:
Tedavi Olduğu Sağlık Kuruluşunun Adı	:
Sağlık Kurumuna Başvuru Tarihi ve Saati	:
Ayakta Yapılan Tedavinin bitiş tarihi ve saati:	
<p>Yukarıda belirtmiş olduğum sağlık kuruluşunda ayakta tedavi yapıldığını beyan ederim. .../.../....</p>	
<p>Adı Soyadı : Unvanı : imza</p>	