**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 yapıldığını beyan ederim. …/…/20..**

 **Adı Soyadı :**

 **Unvanı :**

 **İmza :**

**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 yapıldığını beyan ederim. …/…/20..**

 **Adı Soyadı :**

 **Unvanı :**

 **İmza :**