



## MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI PERSONELİ AYAKTA TEDAVİ BEYAN BELGESİ

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