**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 :**

**Yukarıda belirtmiş olduğum sağlık kuruluşunda ayakta tedavi yapıldığını**

**beyan ederim. ..…/…../20….**

**İMZA :**

**ADI SOYADI :**

**UNVANI :**