

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. .../.../....

Adı Soyadı:

Unvanı

imza