

**MİLLİ 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 ve Saati :	
Ayakta Yapılan Tedavinin Bitiş Tarihi ve Saati :	
Yukarıda belirtmiş olduğum sağlık kuruluşunda ayakta tedavi yapıldığını beyan ederim.	
Adı Soyadı	
Unvanı	
İmza	

**MİLLİ 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 ve Saati :	
Ayakta Yapılan Tedavinin Bitiş Tarihi ve Saati :	
Yukarıda belirtmiş olduğum sağlık kuruluşunda ayakta tedavi yapıldığını beyan ederim.	
Adı Soyadı	
Unvanı	
İmza	

**MİLLİ 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 ve Saati :	
Ayakta Yapılan Tedavinin Bitiş Tarihi ve Saati :	
Yukarıda belirtmiş olduğum sağlık kuruluşunda ayakta tedavi yapıldığını beyan ederim.	
Adı Soyadı	
Unvanı	
İmza	

**MİLLİ 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 ve Saati :	
Ayakta Yapılan Tedavinin Bitiş Tarihi ve Saati :	
Yukarıda belirtmiş olduğum sağlık kuruluşunda ayakta tedavi yapıldığını beyan ederim.	
Adı Soyadı	
Unvanı	
İmza	