**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 :

Ayakta Yapılan Tedavinin Bitiş Tarihi :

Yukarıda belirtmiş olduğum sağlık kuruluşunda ayakta tedavi yapıldığını beyan ederim.

…../……/ 20……

Adı Soyadı :

Ünvanı :

İmza

Milli Eğitim Bakanlığı Personel Genel Müdürlüğünün 2010/41 sayılı “Ayakta Tedavi İşlemleri” konulu Genelge esaslarına göre doldurulması gereken belge.

