**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**