AYAKTA TEDAVİ BEYAN BELGESİ

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