**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

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

**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

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