

MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI PERSONELİ  
**AYAKTA TEDAVİ BEYAN BELGESİ**

**Hastanın**

**Adı Soyadı** : .....

**Aile Fertlerinin Yakınlığı** : .....

**Aile Fertlerinin T.C. Kimlik Numarası** : .....

**Tedavi Gördüğü Sağlık Kuruluşunun Adı** : .....

**Sağlık Kurumuna Başvuru Tarihi - Saati** : ..... / ..... / 202... Saat: ..... : .....

**Ayakta Yapılan Tedavinin Bitiş Tarihi - Saati** : ..... / ..... / 202... Saat: ..... : .....

..... / ..... / 202...

**Adı Soyadı** : .....

**Branşı** : .....