MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI PERSONELİ AYAKTA TEDAVİ BEYAN BELGESİ

Hastanın

Adı Soyadı :

T.C. Kimlik No :

Tedavi Olduğu Sağlık Kuruluşunun Adı :

Sağlık Kurumuna başvuru Tarihi ve saati :

Ayakta Yapılan Tedavinin bitiş tarihi ve saati :

Yukarıda belirtmiş olduğum sağlık kuruluşunda ayakta tedavi yapıldığını beyan ederim. .../.../....

Adı Soyadı: Unvanı imza

Hekim Kaşe ve İmzası