

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

Hastanın  
Adı Soyadı :  
Aile Fertlerinin Yakınlığı :  
T.C. Kimlik No :  
Tedavi Olduđu 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 Olduđu 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.