

**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.