

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

<b>MEMURUN:</b>	Adı Soyadı:	:	
	T.C. Kimlik No	:	
<b>HASTANIN:</b>	Adı Soyadı	:	
	T.C. Kimlik No	:	
	Memura Yakınlığı	:	
Tedavi Olduğu Sağlık Kuruluşunun Adı		:	
Sağlık Kurumuna Başvuru Tarihi ve Saati		:	
Ayakta Yapılan Tedavinin Bitiş Tarihi ve Saati :		:	
<p>Yukarıda belirtmiş olduğum sağlık kuruluşunda ayakta tedavi yapıldığımı beyan ederim. ...../...../.....</p> <p style="text-align:right">Memurun Adı Soyadı : Unvanı : İmzası:</p> <p>Hekimin Kaşesi: İmzası:</p>			

*Milli Eğitim Bakanlığı'nın 23.06.2010 tarih ve 2010/41 sayılı genelgesine göre düzenlenmiştir.*