

MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI PERSONELİ
AYAKTA TEDAVİ BEYAN BELGESİ



Hastanın

Adı Soyadı :.....

T.C. Kimlik No: :.....

Tel: :.....

Aile Fertlerinin Yakınlığı :.....

Tedavi Gördüğü Sağlık Kuruluşunun Adı :.....

Sağlık Kurumuna Başvuru Tarihi-Saati :...../...../.....

Ayakta Yapılan Tedavinin Bitiş Tarihi-Saati :...../...../.....

Hastane Barkodu yapıştırma yeri

Girilmeyen Ders Saatleri

1.DERS	2.DERS	3.DERS	4.DERS	5.DERS	6.DERS	7.DERS	8.DERS

Yukarıda belirtmiş olduğum sağlık kuruluşunda ayakta tedavi yapıldığımı beyan ederim.

Adı Soyadı /İmza

MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI PERSONELİ
AYAKTA TEDAVİ BEYAN BELGESİ



Hastanın

Adı Soyadı :.....

T.C. Kimlik No: :.....

Tel: :.....

Aile Fertlerinin Yakınlığı :.....

Tedavi Gördüğü Sağlık Kuruluşunun Adı :.....

Sağlık Kurumuna Başvuru Tarihi-Saati :...../...../.....

Ayakta Yapılan Tedavinin Bitiş Tarihi-Saati :...../...../.....

Hastane Barkodu yapıştırma yeri

Girilmeyen Ders Saatleri

1.DERS	2.DERS	3.DERS	4.DERS	5.DERS	6.DERS	7.DERS	8.DERS

Yukarıda belirtmiş olduğum sağlık kuruluşunda ayakta tedavi yapıldığımı beyan ederim.

Adı Soyadı /İmza