MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI PERSONELİ AYAKTA TEDAVİ BEYAN BELGESİ



 Hastanın

Adı Soyadı :…………………………….

T.C. Kimlik No: :…………………………….

Tel: :…………………………….

Hastane Barkodu yapıştırma yeri

Aile Fertlerinin Yakınlığı :…………………………….

Tedavi Gördüğü Sağlık Kuruluşunun Adı :…………………………….

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

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

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 yapıldığını beyan ederim.

Adı Soyadı /İmza

MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI PERSONELİ AYAKTA TEDAVİ BEYAN BELGESİ



 Hastanın

Adı Soyadı :…………………………….

T.C. Kimlik No: :…………………………….

Tel: :…………………………….

Aile Fertlerinin Yakınlığı :…………………………….

Hastane Barkodu yapıştırma yeri

Tedavi Gördüğü Sağlık Kuruluşunun Adı :…………………………….

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

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

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 yapıldığını beyan ederim.

Adı Soyadı /İmza