**MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI PERSONELİ**

**AYAKTA TEDAVİ BEYAN BELGESİ**

**HASTANIN;**

**Adı-Soyadı:**

**Aile Fertlerinin Yakınlığı:**

**T.C. Kimlik No:**

**Tedavi Olduğu Sağlık Kuruluşunun Adı:**

**Sağlık Kuruluşuna Ayakta Tedavi İçin Başvurduğu Tarih:**

**Tedavi Dolayısıyla Giremediği Ders Sayısı:**

Yukarıda belirtmiş olduğum sağlık kuruluşunda kendime/yakınıma ayakta tedavi yapıldığını beyan ederim. ….. / ….. / 20….

 **Adı-Soyadı:**

 **Unvanı:**

 **İmzası:**