

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

HASTANIN

Adı Soyadı :.....

Aile Fertlerinin Yakınlığı :.....

Tedavi Gördüğü Sağlık Kuruluşunun Adı :.....

Sağlık Kurumuna Başvuru Tarihi :...../...../.....**Saat:**.....

Ayakta Yapılan Tedavinin Bitiş Tarihi :...../...../.....**Saat:**.....

Yukarıda belirtmiş olduğum sağlık kuruluşunda ayakta tedavi yapıldığını beyan ederim./.../.....

Adı Soyadı :

Ünvanı :

İmza :

***Not:** İş Bu Ayakta Tedavi Beyan Belgesi, MEB Personel Genel Müdürlüğü Ayakta Tedavi İşlemleri, 23 /06/2010 Tarih, B.08.0.PGM.0.06.07.00-4-1883/31270 sayılı ve 2010/41 Nolu Genelge Ekinden Alınmıştır. İlgil Personel Tarafından doldurulduktan sonra, özlük dosyasından muhafaza edilcektir.*