|  |  |
| --- | --- |
| **KURTULUŞ İLKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ**  **AYAKTA TEDAVİ BEYAN BELGESİ** | |
| Hastanın Adı Soyadı |  |
| Aile Fertlerinin Yakınlığı |  |
| T. C. Kimlik No |  |
| Tedavi Olduğu Sağlık Kuruluşunun Adı |  |
| Sağlık Kurumuna Başvuru Tarihi |  |
| Sağlık Kurumunda Tedavi Başlangış Saati |  |
| Sağlık Kurumunda Tedavi Bitiş Saati |  |
| Yukarıda belirtmiş olduğum sağlık kuruluşunda belirtttiğim saat aralığında ayakta tedavi gördüğümü beyan ederim.  Tarih :  Adı Soyadı :  Ünvanı :  İmza : | |
| Milli Eğitim Bakanlığı Personel Genel Müdürlüğünün 2010/41 sayılı “Ayakta Tedavi İşlemleri” konulu Genelge esaslarına göre doldurulması zorunlu belge. | |