ŞEHİT ABDULLAH ŞAŞDIM ORTAOKULU

MİLLİ EĞİTİM BAKANLIĞI PERSONELİ

AYAKTA TEDAVİ BEYAN BELGESİ

ŞEHİT ABDULLAH ŞAŞDIM ORTAOKULU

MİLLİ EĞİTİM BAKANLIĞI PERSONELİ

|  |
| --- |
| **Hastanın**  Adı Soyadı :  Aile Fertlerinin Yakınlığı :  TC Kimlik No :  Tedavi olduğu sağlık kuruluşunu n adı :  Sağlık Kurumuna başvuru Tarihi ve saati : ..…../……/20 …… : ..…..  Ayakta yapılan tedavinin bitiş tarihi ve saati : ..…../……/20 …… : ..…..  Yukarıda belirtmiş olduğum sağlık kuruluşunda ayakta tedavi yapıldığını beyan ederim.    ……/……./20  Adı Soyadı  imza |

AYAKTA TEDAVİ BEYAN BELGESİ

|  |
| --- |
| **Hastanın**  Adı Soyadı :  Aile Fertlerinin Yakınlığı :  TC Kimlik No :  Tedavi olduğu sağlık kuruluşunu n adı :  Sağlık Kurumuna başvuru Tarihi ve saati : ..…../……/20 …… : ..…..  Ayakta yapılan tedavinin bitiş tarihi ve saati : ..…../……/20 …… : ..…..  Yukarıda belirtmiş olduğum sağlık kuruluşunda ayakta tedavi yapıldığını beyan ederim.    ……/……./20  Adı Soyadı  imza |