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 |