



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
EBELİK BÖLÜMÜ
ZORUNLU YAZ STAJI STAJYER ÖĞRENCİ DEVAM ÇİZELGESİ

Öğrencinin

Adı, Soyadı :

Numarası :

Staj Kurumu :

Gün	Staj Tarihi	İmza	Gün	Staj Tarihi	İmza
01	 / /		11	 / /	
02	 / /		12	 / /	
03	 / /		13	 / /	
04	 / /		14	 / /	
05	 / /		15	 / /	
06	 / /		16	 / /	
07	 / /		17	 / /	
08	 / /		18	 / /	
09	 / /		19	 / /	
10	 / /		20	 / /	

Yukarıda kimliği yazılan öğrenci / / ile / / tarihleri arasında, 20 iş günlük zorunlu yaz stajını kurumumuzda tamamlamıştır.

İŞYERİ YETKİLİSİ
UNVAN- AD SOYAD
İMZA-MÜHÜR