 **ERZURUM TEKNİK ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ**

**KLİNİK UYGULAMA VE STAJ GEÇ KALMA FORMU**

**Klinik-Saha Uygulamaları/Staj/Mesleki Eğitim/Uygulamalı Ders Yapılan Kurumun;**

|  |  |
| --- | --- |
| **Adı:** |  |
| **Adresi:** |  |
| **Telefon numarası:** |  |
| **Mesai başlangıç saati:** | **Sabah:** | **Öğleden sonra:** |

**Öğrencinin;**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Adı- Soyadı:** |  | **E-mail adresi:** |
| **Öğrenci Numarası:** |  | **Telefon numarası:** |
| **Kuruma giriş saati:** | **Sabah:** | **Öğleden sonra:** |

Kurum/Birim Eğitim Yetkilisinin;

Adı- Soyadı:

İmza:

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Uygulama Koordinatörünün;

Adı- Soyadı:

İmza: