

Öğrenci Adı-Soyadı:

T.C Kimlik Numarası:

Kayıtlı Olunan Program:

Staj/Uygulama Yapılan Kurum:

Staj/Uygulama Yapılan Kurum Adres:

Staj/Uygulama Tarihleri:

	Çok iyi (4)	İyi (3)	Orta (2)	Yeterli (1)	Zayıf (0)
Staj/uygulamaya devamlılık					
Ekip çalışanları ile iletişimi					
Hastalarla iletişimi					
Sorumluluk alma tutumu					
Mesleki bilgisi ve aldığı sorumlulukları uygulama becerisi					
Çalışma hızı ve zamanını verimli kullanma					
Takım çalışması becerisi					
Öğrendiklerini yorumlama ve geliştirme çabası					
Kurallara uyumu					
Zamana uyumu					
<b>Toplam Puan (40 puan üzerinden)</b>					
Genel değerlendirme:					
Stajyer öğrenci hakkındaki görüş ve önerileriniz:					

Yukarıda kimlik bilgileri verilen öğrencinin kurumumuzda yapmış olduğu staj/uygulama sonunda değerlendirilmiştir.

**Kurum Staj/Uygulama Sorumlusu:**

**İmza ve Mühür:**

**Tarih:**