

T.C.
İSTANBUL SAĞLIK VE TEKNOLOJİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
..... PROGRAMI
STAJ/UYGULAMA DEVAM ÇİZELGESİ

ÖĞRENCİNİN

Adı - Soyadı:

Numarası:

Staj/Uygulama Tarihleri:/...../202... -/... /202.....

S.No	Tarih	Çalıştığı Bölüm	İmza
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			

Yukarıda bilgileri yazılı öğrenci/...../20.... ile/...../20..... tarihleri arasında toplam iş günü staj/uygulama çalışmasını tamamlamıştır.

Staj/Uygulama Sorumlusu:

Adı-Soyadı:

Unvanı:

İmza: