



T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
YAŞLI BAKIMI PROGRAMI
ÖĞRENCİ STAJ DEVAM ÇİZELGESİ

| | | | |
|-----------------------------------|-------------|--------------------------|--|
| ÖĞRENCİNİN; | | | |
| Adı - Soyadı | | | |
| T.C. Kimlik Numarası | | Öğrenci Numarası | |
| Telefon Numarası | Tel: | Cep Tel: | |
| Staj Yapılan Kurum/Kuruluş | | | |
| Uygulama Alanı/Klinik | | | |
| Staj Başlama Tarihi | | Staj Bitiş Tarihi | |

| TARİH | SABAH | | AKŞAM | |
|-------|-------|------|-------|------|
| | SAAT | İMZA | SAAT | İMZA |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

KURUM/KURULUŞUN STAJDAN SORUMLU PERSONELİNİN;

Adı- Soyadı

Ünvanı

İmza - Mühür/Kaşe

NOT:

- Öğrencinin %10 devamsızlık hakkı vardır. Devamsızlık süresini aşan öğrencinin stajı geçersiz sayılacaktır.
- Bu formun “Kurum/Kuruluş Öğrenci Staj Değerlendirme Formu” ile kapalı zarf içinde öğrenci/posta aracılığıyla Yüksekokula gönderilmesi arz/rica olunur.