T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
Optisyenlik Programı Başkanlığı

STAJ KOMİSYONU STAJ DEĞERLENDİRME BELGESİ

ÖĞRENCİNİN ADI SOYADI :
ÖĞRENCİ NO :
STAJ ADI :
STAJ YAPTIĞI KURUM :
STAJ YAPTIĞI BİRİM :
STAJ TARİHLERİ :

YUKARIDA ADI SOYADI, ÖĞRENCİ NUMARASI, STAJ ADI, STAJ YAPTIĞI KURUM, STAJ YAPTIĞI BİRİM VE STAJ YAPTIĞI TARİHLER BELİRTİLEN ÖĞRENCİ YAPMIŞ OLDUĞU STAJINDA ;

☐ BAŞARILI (YETERLİ)DIR ☐ BAŞARISIZ(YETERSİZ)DIR

STAJ KOMİSYONU	**İSİM**	**İMZA**
Optisyenik Program Başkanı	:	
İlgili Öğretim Üyesi/Görevlisi	:	
Öğretim Elemanı/Üyesi	:	

OP FORM 5

Adres: Meşelik Yerleşkesi
26480 Eskişehir
Tel : 0 222 229 03 35
Fax : 0 222 229 16 77