



SAĐLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ
MESLEKİ UYGULAMA FORMU

İLGİLİ MAKAMA

Fakültemiz Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü đrencilerinin öğrenim süresi sonuna kadar kuruluş ve işletmelerde mesleki uygulama yapma zorunluluğu vardır. Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimizin Temel Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Stajını kuruluşunuzda yapmasında göstereceğiniz ilgiye teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

Resim yapıştırılarak
Staj Komisyonuna
onaylatılacaktır.

Fotokopi fotođraf
kullanmayınız.

| | | | |
|------------------|--|--------------------|--|
| T.C. Kimlik No | | | |
| Adı Soyadı | | İlk soyadı(varsaa) | |
| đrenci No | | đretim Yılı | |
| E-posta adresi | | Telefon No (Cep) | |
| İkametgah Adresi | | | |

ÖĞRENCİNİN NÜFUS KAYIT BİLGİLERİ

| | | | |
|----------------|--|-----------------------|--|
| Baba Adı | | Anne Adı | |
| Dođum Yeri | | Dođum Tarihi | |
| Kimlik Seri No | | Son Geçerlilik Tarihi | |

STAJ YAPILAN YERİN

| | |
|----------------|--|
| Adı | |
| Adresi | |
| Hizmet Alanı | |
| Telefon No | |
| E-posta adresi | |
| Faks No | |
| Web Adresi | |

STAJ BİLGİLERİ

| | | | |
|-----------------------|--|------------|--|
| Bölüm Staj Sorumlusu | | Telefon No | |
| Sorumlu Fizyoterapist | | Telefon No | |
| Staj Bařlama Tarihi | | | |
| Staj Bitiř Tarihi | | | |

| ÖĞRENCİNİN İMZASI | STAJ YAPILAN YERİN ONAYI | FAKÜLTE/BÖLÜM BAřKANLIđI ONAYI |
|--|------------------------------|--------------------------------|
| Belge zerindeki bilgilerin doğru olduğunu bildiririm. | Staj sonunda onaylanacaktır. | Staj sonunda onaylanacaktır. |
| Tarih: | Tarih: | Tarih: |

ÖNEMLİ NOT: Teslim edilecek form 3 asıl nüsha olarak (fotokopi değil) hazırlanır.