

STAJYER ÖĞRENCİNİN  
Adı ve Soyadı :

### KLİNİK UYGULAMA DEVAM ÇİZELGESİ

(Öğrenciye iş günleri dikkate alınarak günlük imzalatılacak ve stajın bitiminde gönderilecek)

GÜN	TARİH	İMZA		GÜN	TARİH	İMZA	
		GİRİŞ	ÇIKIŞ			GİRİŞ	ÇIKIŞ
01				11			
02				12			
03				13			
04				14			
05				15			
06				16			
07				17			
08				18			
09				19			
10				20			

#### STAJA DEVAM EDİLMEYEN GÜNLER VE GEREKÇELERİ

TARİH	HASTALIK	RAPOR	MAZERETLİ
1.			
2.			
3.			

STAJ YÜRÜTÜCÜSÜNÜN

Adı Soyadı :

Ünvanı/ İmzası: