



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Sağlık Meslek Yüksekokulu

EK – 4

İŞLETMELERDE STAJ YAPAN ÖĞRENCİLERİN DEVAM ÇİZELGESİ

Öğrencinin			
Adı Soyadı:		Programı:	
Öğrenci Numarası:		Sınıfı:	
İşletmenin			
Adı:	Adresi:	Telefon ve faks:	e-posta adresi:

Gün	Tarih	Öğrenci İmzası	Staj Görülen Birim Sorumlusu İmzası (Adı Soyadı, Unvanı)	Gün	Tarih	Öğrenci İmzası	Staj Görülen Birim Sorumlusu İmzası (Adı Soyadı, Unvanı)
1				17			
2				18			
3				19			
4				20			
5				21			
6				22			
7				23			
8				24			
9				25			
10				26			
11				27			
12				28			
13				29			
14				30			
15				31			
16							

İşletme Yetkilisi
... / ... / 202...
Adı Soyadı

Kaşe – İmza

İncelendi
... / ... / 202...
Program Staj Kurul Başkanı

İmza