

	SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ÇOBANBEY SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU ZORUNLU YAZ STAJI BAŞVURU FORMU	Fotoğraf
ÖĞRENCİNİN		
Adı Soyadı		
Kimlik Numarası		
Öğrenci Numarası		
Telefon		
Bölümü/Program		
Staj Başlama Tarihi		
Staj Bitiş Tarihi		
Staj Süresi		
Staj yaptığım süre içerisinde İş Kazası ve Meslek Hastalıkları dâhil olmak üzere tüm maddi ve manevi sorumlulukların tarafıma ait olduğunu, kurumun tüm kural ve talimatlarına uyacağımı kabul eder, bu doğrultuda Staj başvurumun kabul edilmesini arz ederim. ÖĞRENCİNİN Adı Soyadı : İmzası : Tarih :		
ÜNİVERSİTE ADINA Yukarıda bilgileri verilen öğrencimizin belirtilen sürelerde stajını kurumunuzda yapabilmesi ve staj boyunca öğle yemeklerinin kurumunuzca karşılanması için gerekli desteğin verilmesi hususunda; Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim. SHMYO MÜDÜRÜ Dr. Öğr. Üyesi Muhammed Fatih ERTAŞ İmzası		
STAJ KURUMU ONAYI		
Kurum Adı		
Yetkilinin Adı Soyadı		
Yetkilinin E-posta adresi		
Kurumun Adresi		
Tel/Faks Numarası		
Staj Yapılan Bölüm		
Yukarıda açık kimliği belirtilen öğrencinin ilgili tarihlerde iş yerimizde Kurumumuzun kural ve şartlarına uygun şekilde Stajyer olarak çalışması uygun görülmüştür. KURUM ONAYI Kurum Kaşesi Tarih ve İmza		