

**SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ****KLİNİK UYGULAMA BAŞVURU FORMU****İLGİLİ MAKAMA**

Fotoğraf

Sağlık Bilimleri Fakültesi Bölümü öğrencilerinin öğrenim süresi sonuna kadar klinik uygulama yapma zorunluluğu vardır.

Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimizin klinik uygulamasınıiş günü kurumunuzda yapmasını uygun görmeniz halinde formun üçüncü bölümünü doldurup onaylayarak bir nüshasını öğrencimize iade etmeniz hususunda gereğini arz eder, öğrencimizin kurumunuzda klinik uygulama yapmasına göstereceğiniz ilgiye teşekkür ederiz.

1. ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Öğrencinin Adı Soyadı		TC. Kimlik No	
Öğrenci No		Doğum Yeri/Tarihi	
Sınıfı		E-Posta Adresi	
Programı		Telefon No	
İkametgâh Adresi			
Ailesine Bağlı Genel Sağlık Sigorta Kapsamına Dahil mi? Evet () Hayır ()		TC. Vatandaşı Değilse Uyuğu	

2. KLİNİK UYGULAMA YAPILACAK YER

Adı			
Adresi			
Hizmet Alanı/Servis			
Telefon No		Fax No	
E-Posta Adresi		Web Adresi	
Uygulama Başlama Tarihi		Süresi (Gün)	
Uygulama Bitiş Tarihi			

3. KURUM/KURULUŞ/İŞ YERİ YETKİLİSİ

Yukarıda bilgileri verilen öğrencinizin iş günü klinik uygulamayı kurumumuzda yapması uygun görülmüştür.			
Adı Soyadı		İmza/Kaşe	
Görev ve Unvanı			
E-Posta Adresi			
Klinik Uygulama Yaptırılacak Birim			
Tarih			

4. ONAYLAR

Bu belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu taahhüt ederim. (Öğrencinin Adı Soyadı İmzası ve Tarih) /...../202..	KLİNİK UYGULAMA KOMİSYON YETKİLİSİ (Ders Sorumlusu/Öğretim Üyesi Adı Soyadı İmzası ve Tarih) /...../202..
---	--