

T.C.
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ
STAJ KOMİSYONU BAŞKANLIĞI

...../...../ 20.....

Zorunlu Klinik Yaz Stajımı, aşağıda belirttiğim bilgiler doğrultusunda yapmak istiyorum.
Bilgilerin doğruluğunu taahhüt eder, gereğini arz ederim.

KLİNİK YAZ STAJI I (2.SINIF STAJI): EVET HAYIR

EVET ise STAJ TARİH ARALIĞI:

KURUM ADI:

STAJ YERİ: BOLU BOLU DIŞI

KLİNİK YAZ STAJI II (3.SINIF STAJI): EVET HAYIR

EVET ise STAJ TARİH ARALIĞI:

KURUM ADI:

STAJ YERİ: BOLU BOLU DIŞI

ÖĞRENCİ ADI SOYADI:

ÖĞRENCİ NUMARASI:

TCKN:

İMZA: