

ATILIM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU

STAJ DEFTERİ



| |
|----------------------------|
| ÖĞRENCİNİN ADI SOYADI : |
| BÖLÜMÜ : |
| PROGRAMI : |
| NUMARASI : |

ANKARA-20.....

STAJ YAPAN ÖĞRENCİNİN

| | | |
|------------------------------|--|-----------------------|
| Adı Soyadı: | | Fotoğraf Eklenecek |
| Numarası: | | |
| Programı: | | |
| Staj Başlangıç Tarihi: | | |
| Staj Bitiş Tarihi: | | |
| Staj Yaptığı İş Günü Sayısı: | | |
| Tarih: | | |
| Öğrencinin İmzası: | | |

STAJ YAPILAN İŞ YERİNİN

| | | |
|--------------------|----------------------|--|
| İletişim Bilgileri | İş Yerinin Adı: | |
| | Staj Yapılan Birim : | |
| | Adresi : | |
| | Telefon ve Faks : | |
| | E-posta : | |
| Yetkili İmza | İş Yeri Yetkilisinin | |
| | Adı Soyadı : | |
| | Görevi : | |
| | Tarih : | |
| | İmza Kaşe : | |

STAJ KOMİSYONU

(Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Tarafından Doldurulacaktır.)

| | | | |
|-----------------|--|--|---|
| Defter Kontrolü | Kontrol Eden Program Sorumlusunun Adı Soyadı : | | Komisyon Kararı <input type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Red <u>Komisyon Başkanının İmzası</u> |
| | Tarih : | | |
| | İmza : | | |

| | | | |
|-----------------------|---------------|--------------------|------------------|
| İŞ YAPRAĞI | Tarih: | Yapılan İş: | Sayfa No: |
| | | | |

| | |
|---|---|
| İŞ YERİ YETKİLİSİNİN ADI SOYADI - İMZASI | STAJ YAPANIN ADI SOYADI - İMZASI |
| | |

ATILIM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK
YÜKSEKOKULU

STAJ İMZA ÇİZELGESİ

Öğrencinin Adı ve Soyadı:

Öğrenci No:

Staj Yapacağı Kurum Adı:

Staj Yapacağı Tarih Aralığı:/...../202... -/...../ 202...

| Gün | Tarih | Giriş Saati | Çıkış Saati | Sorumlu İmzası |
|------------|--------------|--------------------|--------------------|-----------------------|
| 1.gün | | | | |
| 2.gün | | | | |
| 3.gün | | | | |
| 4.gün | | | | |
| 5.gün | | | | |
| 6.gün | | | | |
| 7.gün | | | | |
| 8.gün | | | | |
| 9.gün | | | | |
| 10.gün | | | | |
| 11.gün | | | | |
| 12.gün | | | | |
| 13.gün | | | | |
| 14.gün | | | | |
| 15.gün | | | | |
| 16.gün | | | | |
| 17.gün | | | | |
| 18.gün | | | | |
| 19.gün | | | | |
| 20.gün | | | | |

Sorumlu İmzası