



SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU  
STAJ YERİ BEYAN FORMU ( FORM-1)

**(ÖĞRENCİ)**

Adı Soyadı : .....  
T.C. Kimlik No : .....  
Numarası/Sınıfı : .....  
Programı : .....  
Ev Adresi : .....  
.....

En az ..... iş günü mesleki stajımı Kurumunuzda yapmak istiyorum. Gereği için emir ve müsaadelerinizi saygılarımla arz ederim. .... / .... / 20.....

İmza:

**(İŞYERİ)**

Yukarıda adı geçen öğrencinin mesleki stajının .....  
.....'nde .... / .... / 20..... - .... / .... / 20.....  
tarihleri arasında işyerimizde yapması uygundur.  
Bilgilerinize arz ve rica ederim. .... / .... / 20....

KAŞE VE

İMZA

Adı/Ünvanı : .....  
.....  
Yetkili : .....  
.....  
Adresi : .....  
.....  
.....

Telefon : ..... Fax:.....

**(ONAY)**

Staj Yeri Uygundur Staj Yeri Uygun Değildir  
..... Bölümü,

Bölüm Başkanı : .....  
.....

KAŞE VE

İMZA

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

NOT: Öğrencinin staj süresince sigortası tarafımızdan yapılacak olup öğrenci ilgili belgeyi staja başladığında kurumuna teslim edecektir.