



SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
MESLEKİ EĞİTİM UYGULAMA YERİ BEYAN FORMU

(ÖĞRENCİ)

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

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

İmza:

(İŞYERİ)

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

KAŞE VE

İMZA

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

Telefon : Fax:.....

(ONAY)

Mesleki Eğitim Uygulama Yeri Uygundur/Mesleki Eğitim Uygulama Yeri Uygun Değildir
..... Bölümü,

Bölüm Başkanı :
.....

KAŞE VE

İMZA

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

NOT: Öğrencinin mesleki eğitim süresince sigortası tarafımızdan yapılacak olup öğrenci ilgili belgeyi mesleki eğitime başladığında kurumuna teslim edecektir.

