



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

(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....	
İMZA	
Adı/Ünvanı	:
Yetkili	:
Adresi	:
.....	
Telefon : Fax:	
(ONAY)	
Mesleki Eğitim Yeri Uygundur/Mesleki Eğitim Yeri Uygun Değildir Bölümü,	
Bölüm Başkanı	:
.....	
İMZA	
..... / / 20....	
KAŞE VE	

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