



SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU  
YAZ STAJI/MESLEKİ EĞİTİM UYGULAMA YERİ BEYAN FORMU

**(ÖĞRENCİ)**

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

En az ..... iş günü **YAZ STAJIMI/ MESLEKİ EĞİTİM UYGULAMAMI** Kurumunuzda yapmak istiyorum.  
Gereği için emir ve müsaadelerinizi  
saygılarımla arz ederim. .... / .... / 20.....

İmza:

**(İŞYERİ)**

Yukarıda adı geçen öğrencinin **YAZ STAJI/ MESLEKİ EĞİTİM UYGULAMASI'** ni  
.....  
.....'nde .... / .... / 20..... - .... / .... / 20.....  
tarihleri arasında işyerimizde yapması uygundur.  
Bilgilerinize arz ve rica ederim. .... / .... / 20.....

KAŞE VE

İMZA

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

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

**(ONAY)**

**YAZ STAJI/ MESLEKİ EĞİTİM UYGULAMA** Yeri Uygundur  Uygun Değildir   
Bölümü,

Bölüm Başkanı : .....

KAŞE VE İMZA

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

NOT: Öğrencinin yaz stajı/mesleki eğitim uygulama süresince sigortası tarafımızdan yapılacak olup öğrenci ilgili belgeyi staja başladığında kurumuna teslim edecektir.