

SAĞLIK KURUM/KURULUŞ BİLGİLERİ:

Kurumun İsmi	
Açık Adresi	
Telefon	
Faks	
E-mail	
Yatak Sayısı	
Toplam Sağlık Çalışanı Sayısı	

KURUM/KURULUŞTA BULUNAN BÖLÜMLER:

Lütfen aşağıda bulunan bölümlerden iş yerinde bulunanlar için 'var', olmayanlar için ise 'yok' bölümünü işaretleyiniz.

	VAR	YOK
Danışma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hasta Danışma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hasta Kabul/Vezne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hasta İletişimi/Hasta Hakları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hastane Kütüphanesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personel/Özlük İşleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arşiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İstatistik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faturalandırma ve Tahsilat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İdari Birimler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eczane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laboratuvar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğerleri:		

**ÖĞRENCİNİN STAJ SÜRESİNCE
ÇALIŞACAĞI BİRİM/BİRİMLER**

Aşağıda adı ve soyadı yazılı öğrencinizin **20 iş günü** Staj Eğitimini işletme/kurum/kuruluşumuzun yukarıda belirtilen biriminde yapması uygundur./...../20.....

İşletme/Kurum/Kuruluş
ONAY**

STAJYER ÖĞRENCİNİN

Adı Soyadı	
Programı	
Numarası	

Bölüm Staj Kom.Üyesi (Danışman)
ONAY

Bölüm Staj Kom.Bşk.
ONAY