



STAJ/KLİNİK UYGULAMA DEVAM TAKİP ÇİZELGESİ



ÖĞRENCİNİN:

ADI-SOYADI:

NUMARASI:

SIRA NO	TARİHLER	UYGULAMA YAPILAN BİRİM	İMZA
1	 / /20....		
2	 / /20....		
3	 / /20....		
4	 / /20....		
5	 / /20....		
6	 / /20....		
7	 / /20....		
8	 / /20....		
9	 / /20....		
10	 / /20....		
11	 / /20....		
12	 / /20....		
13	 / /20....		
14	 / /20....		
15	 / /20....		
16	 / /20....		
17	 / /20....		
18	 / /20....		
19	 / /20....		
20	 / /20....		

Yukarıda kimliği yazılı öğrenci ___ / ___ /20___ ile ___ / ___ /20___ tarihleri arasında toplam ___ iş günü staj çalışması/klinik uygulama yapmıştır.

(Lütfen **imza sayısını** kontrol ediniz!)

Sorumlu Fizyoterapist

İmza

Kaşe veya Mühür
(Okunaklı olmalıdır.)