# 

**T.C.**

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ**

**ÇANAKKALE UYGULAMALI BİLİMLER FAKÜLTESİ**

**SAĞLIK YÖNETİMİ BÖLÜMÜ**

**UYGULAMALI DERS İLKE VE ESASLARI**

**EK-2**

# UYGULAMALI EĞİTİM YER KABUL FORMU

**T.C.**

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ**

**ÇANAKKALE UYGULAMALI BİLİMLER FAKÜLTESİ’NE**

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Çanakkale Uygulamalı Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi programı öğrencilerinden ………………………....................................no.lu, ………………..….. ……………………………………..………........................’in, ….../…..../........ - ….../…..../…....... tarihleri arasında kurumumuzda hastane uygulaması dersi kapsamında çalışmasını kabul ediyoruz.

# Firma Yetkilisinin:

Adı Soyadı / Görevi:

Tarih / İmza ve Kurum Kaşesi:

***Bu form ilan edilen staj başvuru tarihleri içinde Bölüm Sekreterliğine teslim edilmelidir.***