

ATILIM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU

STAJ DEFTERİ



ÖĞRENCİNİN ADI SOYADI :
BÖLÜMÜ :
PROGRAMI :
NUMARASI :

ANKARA-20.....

STAJ YAPAN ÖĞRENCİNİN

Adı Soyadı:		Fotoğraf Eklenecek
Numarası:		
Programı:		
Staj Başlangıç Tarihi:		
Staj Bitiş Tarihi:		
Staj Yaptığı İş Günü Sayısı:		
Tarih:		
Öğrencinin İmzası:		

STAJ YAPILAN İŞ YERİNİN

İletişim Bilgileri	İş Yerinin Adı:	
	Staj Yapılan Birim :	
	Adresi :	
	Telefon ve Faks :	
	E-posta :	
Yetkili İmza	İş Yeri Yetkilisinin	
	Adı Soyadı :	
	Görevi :	
	Tarih :	
	İmza Kaşe :	

STAJ KOMİSYONU

(Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Tarafından Doldurulacaktır.)

Defter Kontrolü	Kontrol Eden Program Sorumlusunun Adı Soyadı :		Komisyon Kararı <input type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Red
	Tarih :		
	İmza :		

İŞ YAPRAĞI	Tarih:	Yapılan İş:	Sayfa No:

İŞ YERİ YETKİLİSİNİN ADI SOYADI - İMZASI	STAJ YAPANIN ADI SOYADI - İMZASI

ATILIM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK
YÜKSEKOKULU

STAJ İMZA ÇİZELGESİ

Öğrencinin Adı ve Soyadı:

Öğrenci No:

Staj Yapacağı Kurum Adı:

Staj Yapacağı Tarih Aralığı:/ /20.....

Gün	Tarih	Giriş Saati	Çıkış Saati	Sorumlu İmzası
1.gün				
2.gün				
3.gün				
4.gün				
5.gün				
6.gün				
7.gün				
8.gün				
9.gün				
10.gün				
11.gün				
12.gün				
13.gün				
14.gün				
15.gün				
16.gün				
17.gün				
18.gün				
19.gün				
20.gün				

Sorumlu İmzası