



GİRNE ÜNİVERSİTESİ

DÖNEM UYGULAMASI REHBERİ

SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEK OKULULU

AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI BÖLÜMÜ

GİRNE



GİRNE ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu

Ağız ve Diş Sağlığı Bölümü

DÖNEM UYGULAMASI BAŞARI BELGESİ

1'inci kopya

GİZLİDİR

Öğrencinin Adı ve Soyadı:

Sınıf ve No:

İşe Başlayış ve Bitiş Tarihi:.....

Zorunlu Staj Süresi:.....

Dönem Uygulaması Başarı Belgesi

Öğrencinin Çalıştığı Bölüm	Çalışma Süresi	İşe Gösterdiği İlgisi	Devam Durumu	Başarı Derecesi	Düşünceler

Notlar: A= Pek İyi

B= İyi

C= Orta

D= Zayıf

F= Başarısız

Tarih

Yetkili Amirin

Adı ve Soyadı:.....

Mühür ve İmza:

NOT: Öğrencinin stajı bittikten sonra bu belgeyi doldurarak bir nüshanın aşağıdaki adrese taahhütlü olarak gönderilmesi ve ikinci nüshanın kurumda saklanması rica olunur.

Dönem Uygulaması Danışmanlığı

..... Bölümü

Girne Üniversitesi – GİRNE/K.K.T.C.



GİRNE ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu

Ağız ve Diş Sağlığı Bölümü

DÖNEM UYGULAMASI BAŞARI BELGESİ

2'inci kopya

GİZLİDİR

Öğrencinin Adı ve Soyadı:

Sınıf ve No:

İşe Başlayış ve Bitiş Tarihi:.....

Zorunlu Staj Süresi:.....

Dönem Uygulaması Başarı Belgesi

Öğrencinin Çalıştığı Bölüm	Çalışma Süresi	İşe Gösterdiği İlgisi	Devam Durumu	Başarı Derecesi	Düşünceler

Notlar: A= Pek İyi

B= İyi

C= Orta

D= Zayıf

F= Başarısız

Tarih

Yetkili Amirin

Adı ve Soyadı:.....

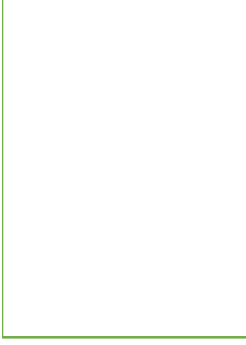
Mühür ve İmza:

NOT: Öğrencinin stajı bittikten sonra bu belgeyi doldurarak bir nüshanın aşağıdaki adrese taahhütlü olarak gönderilmesi ve ikinci nüshanın kurumda saklanması rica olunur.

Dönem Uygulaması Danışmanlığı

..... Bölümü

Girne Üniversitesi – GİRNE/K.K.T.C.



Öğrencinin Adı ve Soyadı

.....

Sınıf ve Okul Numarası:

Kurumun Adı ve Adresi:.....

Organizatör:.....

Dönem Uygulamasına Başlayış ve bitiş Tarihi:

Raporun Sunulduğu Tarih:.....

Öğrencinin İmzası:

.....

Raporu İnceleyen Bölüm

.....

Rapora Verilen Not : Başarılı / Başarısız

.....

Tarih

.....



GİRNE ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU

DÖNEM UYGULAMASI İMZA LİSTESİ

ÖĞRENCİ AD-SOYAD:

ÖĞRENCİ NO:

BÖLÜM:

(30 İŞ GÜNÜ OLACAK ŞEKİLDE TAMAMLANMALIDIR)

SR.	TARİH	BAŞLANGIÇ / SAAT	SORUMLU İMZA	BİTİŞ / SAAT	SORUMLU İMZA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					

ÖĞRENCİNİN ÇALIŞTIĞI BÖLÜM	
ÇALIŞMA KONUSU	
ÇALIŞMA TARİHİ	
KONTROL EDEN BİRİM SORUMLUSU	İMZA KAŞE