



GİRNE ÜNİVERSİTESİ

DÖNEM UYGULAMASI REHBERİ

**SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEK OKULULU
TIBBİ GÖRÜNTÜLEME TEKNİKLERİ BÖLÜMÜ**

GİRNE



GİRNE ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu

Tıbbi Görüntülme Teknikleri 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

Tıbbi Görüntüleme Teknikleri 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:.....

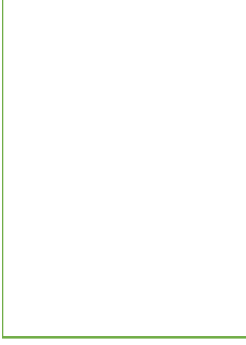
Mühür ve İmza:

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:.....

Yaz Stajına 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					