



T.C.

FOTOĞRAF

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ÇALIŞMA/UYGULAMA FORMU

İlgili Makama,

Sağlık Bilimleri FakültesiBölümü öğrencilerinin öğrenim süresi sonuna kadar hastane ve kliniklerde Klinik Çalışma/Uygulama yapma zorunluluğu vardır. Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimizin Klinik Çalışma/Uygulamayı gün süreyle kuruluşunuzda yapmasında göstereceğiniz ilgiye teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

Adı soyadı			
Öğrenci no		Öğretim yılı	
e-posta adresi		Telefon no	
İkametgah adresi			
KLİNİK ÇALIŞMA/UYGULAMA YAPILAN YERİN			
Adı			
Adresi			
Üretim/Hizmet alanı			
Telefon no		Faks no	
e-posta adresi		Web adresi	
Uyg. başlama tarihi		Bitiş tarihi	Süresi(gün)
İŞVEREN VEYA YETKİLİNİN			
Adı soyadı			
Görev ve ünvanı			
e-posta adresi			
Tarih			
ÖĞRENCİNİN NÜFUS KAYIT BİLGİLERİ (BAŞVURU KABUL ELDİLDİĞİ TAKDİRDE ÖĞRENCİ TARAFINDAN DOLDURULUR)			
Soyadı		Nüfusa kayıtlı olduğu il	
Adı		İlçe	
Baba adı		Mahalle-köy	
Ana adı		Aile sıra no	
Doğum yeri		Sıra no	
T.C.Kimlik no		Verildiği nüfus dairesi	
Nüfus cüzdan seri no		Veriliş nedeni	
SSK no		Veriliş tarihi	

ÖĞRENCİ İMZASI

KOMİSYON ONAYI

FAKÜLTE ONAYI

Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu bildirir, Klinik Çalışma/Uygulama yapacağımı taahhüt ettiğim adı geçen kuruluş ile ilgili evrakların hazırlanmasını saygılarımla arz ederim.	Tarih:	5510 sayılı sosyal sigortalar ve genel sağlık sigortası kanununun 5.madde b fıkrası ve 87.madde e fıkrası gereğince,	Tarih:
---	--------	--	--------

ÖNEMLİ NOT: Klinik Çalışma/Uygulama başlama tarihinden en az 30 gün önce kimlik fotokopisi ve 2 adet vesikalik fotoğraf ile birlikte öğrencinin bağlı bulunduğu Bölüm sekreterliğine teslim edilmesi zorunludur. Teslim edilecek form 3 asıl olarak (fotokopi değil) hazırlanır. Bir nüsha staj komisyonuna, 2 nüsha Bölüm sekreterliğine teslim edilir.