	KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ **Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Farabi Hastanesi)** **Başhekimliği**			
	HEMŞİRELİK HİZMETLERİ ÖĞRENCİ UYGULAMA EĞİTİMİ DEVAM TAKİP FORMU			
Dok. Kod: HB.FR.47	**Yayın Tarihi:13.10.2015**	**Revizyon No:03**	**Revizyon Tarihi:26.04.2023**	**Sayfa Sayısı:1**

Öğrenci Adı Soyadı:

Öğrencinin Bölümü:

Öğrencinin Okulu:

Öğrencinin Sınıfı:

Staj Yaptığı Bölüm:

GÜNLER	SABAH 08:00 İMZA	BİRİM SORUMLU HEMŞİRESİ İMZA	AKŞAM 16 :00 İMZA	BİRİM SORUMLU HEMŞİRESİ İMZA	STAJ GÖRDÜĞÜ BÖLÜM	BİRİM SORUMLU HEMŞİRESİ İMZA

DEĞERLENDİRME PUAN	**1.** **2.**	**ÖĞRETMEN ADI SOYADI** **TEL NO:**
ÖĞRENCİ İLETİŞİM	**ÖĞRENCİ TEL NO:**	**KOORDİNATÖR ÖĞRETMEN ADI SOYADI** **TEL NO**
İŞLETME YETKİLİSİ İMZA		**USTA ÖĞRETİCİ İMZA**