

Tarih: ____/____/____

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA

STAJ YERİ KABUL FORMU

İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Programı _____ numaralı,
_____ isimli öğrencinin, ____/____/____ - ____/____/____ tarihleri
arasında kurumumuzda stajyer olarak çalışmasını kabul ediyoruz.

YETKİLİNİN

Adı Soyadı ve Görevi

İmza ve Kurum Kaşesi

ÖĞRENCİNİN

Adı Soyadı :

T.C. Kimlik Numarası:

Okul Numarası :

STAJ YAPILACAK İŞ YERİNİN

Adı :

Telefon :

E-Posta :

Adresi :