EK-1

T.C
MUŞ ALPARSLAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
YAZ STAJI DEVAM ÇİZELGESİ*

Adı-Soyadı : **Bölümü :** **Öğrenci No :**	**Servis Adı /Birim Adı:**

Öğrenci tarafından imzalanacaktır.

Servis/Birim Adı**	**1.Gün**		**2. Gün**		**3. Gün**		**4. Gün**		**5. Gün**	
	Sabah	**Akşam**	**Sabah**	**Akşam**	**Sabah**	**Akşam**	**Sabah**	**Akşam**	**Sabah**	**Akşam**

Servis/Birim sorumlusu veya staj yürütücüsü tarafından doldurulup imzalanacaktır.

Servis/Birim sorumlusu veya staj yürütücüsünün Adı-soyadı	**Servis/Birim Adı**	**Tarih**	**İmza**

***Devam çizelgesi üst yazı ile kapalı zarf içerisinde değerlendirme formu/formları ile birlikte içerisinde Muş Alparslan Üniversitesi Külliyesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı 49250- Güzeltepe/Muş adresine posta ile gönderilecektir.**

****Staj farklı servis/birimlerin her birinde 5'er gün olmak üzere toplam 30 iş günüdür. Yeterli sayıda servis/birim yoksa diğer servis/birimlerde staj süresi tamamlanabilir.**