

Befogadó nyilatkozat

Alapápolás klinikai gyakorlat teljesítéséhez

Igazolom, hogy az SZTE ETSZK hallgatóját gyakorlatra fogadom az alábbiak szerint:
Nyomtatott betűvel kérem kitölteni!

A hallgató neve:

.....

Szak / tagozat/ évfolyam:

.....

A gyakorlat megnevezése/ kódja:

.....

.....

A gyakorlat időpontja:

.....

A befogadó intézmény neve (kórház/osztály):

.....

.....

A befogadó kórházi osztály telefonszáma:

.....

Osztályvezető főorvos neve:

.....

Gyakorlatvezető neve:

.....

Dátum:

.....

.....

ápolási igazgató

gyakorlatvezető

A befogadó nyilatkozatot kérem a gyakorlat megkezdése előtt legkésőbb 2 héttel visszajuttatni Tari Dominika oktatásszervező részére személyesen, levélben, vagy e-mailben.

SZTE ETSZK Oktatásszervezési Iroda

6726 Szeged, Temesvári krt. 31., Tel: 62/546-406, tari.dominika@szte.hu