

Befogadó nyilatkozat

Gyógytornász szakirányos hallgató területi gyakorlat teljesítéséhez

Igazolom, hogy az SZTE ETSZK hallgatóját gyakorlatra fogadom az alábbiak szerint:

Nyomtatott betűvel kérjük 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:

Ápolási igazgató e-mail címe:

Osztályvezető főorvos neve:

Gyakorlatvezető neve:

.....

ápolási igazgató

.....

gyakorlatvezető

A befogadó nyilatkozatot kérem a gyakorlat megkezdése előtt legkésőbb 2 héttel visszajuttatni Turi Beáta oktatásszervező részére személyesen vagy levélben.

SZTE ETSZK Oktatásszervezési Iroda

6726 Szeged, Temesvári krt. 31., Tel: 62/546-414

e-mail cím: turi.beata@szte.hu