



T.C.
MUNZUR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
ACİL YARDIM VE AFET YÖNETİMİ BÖLÜMÜ

STAJ DEVAM TAKİP ÇİZELGESİ

GÜNLER	TARİH	BİRİM SORUMLUSU İSMİ	İMZA
01	... / ... / 20 ...		
02	... / ... / 20 ...		
03	... / ... / 20 ...		
04	... / ... / 20 ...		
05	... / ... / 20 ...		
06	... / ... / 20 ...		
07	... / ... / 20 ...		
08	... / ... / 20 ...		
09	... / ... / 20 ...		
10	... / ... / 20 ...		
11	... / ... / 20 ...		
12	... / ... / 20 ...		
13	... / ... / 20 ...		
14	... / ... / 20 ...		
15	... / ... / 20 ...		
16	... / ... / 20 ...		
17	... / ... / 20 ...		
18	... / ... / 20 ...		
19	... / ... / 20 ...		
20	... / ... / 20 ...		

Yukarıda kimliği yazılı öğrenci / /20.... ile / /20.... tarihleri arasında toplam iş günü staj çalışması yapmıştır.

Staj Yeri Sorumlusu

(Kaşe – İmza)