|  |  |
| --- | --- |
| omu logo ile ilgili görsel sonucu | **T.C.**  **ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ**  **SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU**  **“MESLEKİ SAHA UYGULAMALARI”**  **BAŞVURU FORMU** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Adı Soyadı | | |  | T.C. Kimlik No | |  | |
| Öğrenci No | | |  | Telefon No | |  | |
| e-posta Adresi | | |  | | | | |
| Öğretim Yılı | | |  | | | | |
| Uygulama Başlangıç | | |  | Uygulama Bitiş | |  | |
| “**MESLEKİ SAHA UYGULAMALARI**” dersi kapsamındaki uygulamaları aşağıda bilgileri verilmekte olan kurum/kuruluşta yapmak istemekteyim.  Gereğini saygılarımla arz ederim.  …./…./……..  Öğrenci İmzası | | | | | | | |
| Yukarıda açık kimliği verilen ……………………………………… Programı öğrencisinin 10 Şubat-15 Mayıs 2020 tarihleri arasında kurum/kuruluşta bulunması zorunludur. Kurum/kuruluş amiri tarafından denetlenecek öğrenciye belirlenen süre sonunda imzalı ve onaylı değerlendirme raporunu kapalı zarf içerisinde vermenizi rica eder çalışmalarınızda başarılar dileriz.  … ./… ./… …./…./……..    Bölüm Başkanı Öğrenci Danışmanı | | | | | | | |
| **KURUM/KURULUŞ BİLGİLERİ** | | | | | | | |
| Adı | | : |  | | | | |
| Adresi | | : |  | | | | |
| Telefon No | | : |  | | | | |
| Web Adresi | | : |  | | e-posta Adresi | |  |
| **KURUM/KURULUŞ** **AMİRİ** | | | | | | | |
| Adı-Soyadı | : | |  | | Cep Tel No: | |  |
| Görev /Ünvanı | : | |  | | | | |
| Sorumlu Kişi | : | |  | | | | |
| İmza/Kaşe  Tarih | : | |  | | | | |

*NOT: Bu form 3 (üç) nüsha doldurulacak ve transkript eklenecektir. Bir nüsha Bölüm Başkanlığına, bir nüsha*

*kurum/kuruluşa verilecek ve bir nüsha da öğrencide kalacaktır*