

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

EBELİK BÖLÜMÜ MESLEKİ UYGULAMA

BAŞVURU FORMU

|  |
| --- |
| **Bölüm Başkanlığına Başvuru Tarihi:****…………/……………./……………..** |
| **Öğrencinin Uygulama Tarihleri (20 iş günü):****……../………./20….. - ……../………./20…..** |
| **Öğrencinin Uygulama Yapacağı Hastane:** |
| **Öğrencinin Adı-Soyadı:** | **Numarası:** |
| **İmza:** |

\*Öğrenci Başvuru Formuna transkriptini eklemelidir.

**Karar:** Yukarıda adı geçen öğrencinin transkripti incelenmiş, Ebelikte Klinik Uygulamalar I veya Ebelikte Klinik Uygulamalar II dersine ait ön koşul derslerini ALDIĞI / ALMADIĞI ve bununla birlikte BAŞARILI / BAŞARISIZ olduğu görülmüştür.

Öğrencinin Ebelikte Klinik Uygulamalar I veya Ebelikte Klinik Uygulamalar II’ i yapması UYGUNDUR / UYGUN DEĞİLDİR.

Bölüm Başkanlığı (Ad-Soyadı, Tarih, İmza):