



SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON 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 incelemiş, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Mesleki Uygulama I veya Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Mesleki Uygulama II dersine ait ön koşul derslerini ALDIĞI / ALMADIĞI ve bununla birlikte BAŞARILI / BAŞARISIZ olduğu görülmüştür.

Öğrencinin Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Mesleki Uygulama I veya Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Mesleki Uygulama II'yi yapması UYGUNDUR / UYGUN DEĞİLDİR.

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