BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜM BAŞKANLIĞI’NA

Üniversitemizin …………………………… öğrenci numaralı ………………………….. isimli öğrencisiyim. FTR 4204 kodlu Klinik Uygulama-II dersini kendi isteğimle ………………………. ilinde, ……………………………………………………………………….. kurumunda yapmak istiyorum. Klinik Uygulama-II dersimin uygulama aşamasında kurum tarafından iş kazası ve meslek hastalığı ile hastalık sigortası istenmekte olup, üniversitemiz tarafından sağlanması hususunda gereğini bilgilerinize saygılarımla arz ederim. Tarih

İmza

Ad-Soyad

TC:

Tel:

Adres: