** KLİNİK UYGULAMA-II DERSİ TAKİP ÇİZELGESİ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÖĞRENCİNİN**  ADI-SOYADI:  NUMARASI:  **KLİNİK UYGULAMA YAPILAN HASTANE ADI:** | | | | |
| **TARİH** | **KLİNİK UYGULAMA YAPILAN ALAN** | **GİRİŞ SAATİ** | **ÇIKIŞ SAATİ** | **İMZA** |
| ….. / ….. /20…. |  |  |  |  |
| ….. / ….. /20…. |  |  |  |  |
| ….. / ….. /20…. |  |  |  |  |
| ….. / ….. /20…. |  |  |  |  |
| ….. / ….. /20…. |  |  |  |  |
| ….. / ….. /20…. |  |  |  |  |
| ….. / ….. /20…. |  |  |  |  |
| ….. / ….. /20…. |  |  |  |  |
| ….. / ….. /20…. |  |  |  |  |
| ….. / ….. /20…. |  |  |  |  |
| ….. / ….. /20…. |  |  |  |  |
| ….. / ….. /20…. |  |  |  |  |
| ….. / ….. /20…. |  |  |  |  |
| ….. / ….. /20…. |  |  |  |  |
| ….. / ….. /20…. |  |  |  |  |
| ….. / ….. /20…. |  |  |  |  |
| ….. / ….. /20…. |  |  |  |  |
| ….. / ….. /20…. |  |  |  |  |
| ….. / ….. /20…. |  |  |  |  |
| ….. / ….. /20…. |  |  |  |  |

**Klinik Uygulama Yeri Sorumlusu**

Adı- Soyadı :

Kaşe-İmza :