** KLİNİK UYGULAMA-I 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 :