T.C.

FOTOĞRAF

BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ FTR4204 KLİNİK UYGULAMA II DERSİ BAŞVURU FORMU

ÖĞRENCİNİN :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Adı Soyadı | |  | | | | | | | |
| **T.C.Kimlik No.** | |  | | Öğrenim Yılı. | | 20….. – 20..... | | | |
| Öğrenci No | |  | | Telefon No. | |  | | | |
| Açık Adresi | |  | | | | | | | |
| **ÖĞRENCİNİN OKUL ADRESİ** | | Mahalle : Yeni Mahalle Bulvar, Cadde: Şehit Astsubay Mustafa Soner Varlık Caddesi | | | | | | | |
| Sokak : --- | | | Dış kapı : 77 | | İç Kapı No : -- | | |
| İLİ : BALIKESİR | | | İLÇESİ : BANDIRMA | | | Posta Kodu | 10200 |
| **UYGULAMAYAPILACAK KURUMUN ADI** | |  | | | | | | | |
| **DERSİN KODU** | **DERSİN ADI** | | | | **BAŞLAMA**  **TARİHİ** | | **BİTİRME**  **TARİHİ** | | **İŞ GÜNÜ** |
|  |  | | | |  | |  | |  |
|  |  | | | |  | |  | |  |
|  |  | | | |  | |  | |  |
| **Fakülteniz Öğrencisi Yukarıda belirtilen dersin uygulamalarını Hastanemizde/Kurumumuzda yapması uygundur.** | | | | | | | | | |
| **ONAY VEREN HASTANE VEYA SAĞLIK KURUMU YETKİLİSİNİN** | | | | | | | | | |
| Adı Soyadı | |  | | | | | | | |
| Görevi ve Ünvanı | |  | | İmza / Kaşe | |  | | | |
| Tarih | |  | |
| **ÖNEMLİ NOT** | | | |  | | | | | |
| **1-**Öğrenci FTR 4204 Klinik Uygulama-II dersi kapsamında klinik uygulamaya başlama ve bitirme tarihleri arasında fakültemiz tarafından İş Kazası ve Meslek Hastalıkları Sigortası yapılacağından dolayı onay tarihine önem verilmesi gerekmektedir | | | | | | | | | |
| **2-** FTR 4204 Klinik Uygulama-II dersi kapsamında yapılan klinik uygulama döneminde Hastanenizin/Kurumunuzun sigortayla ilgili herhangi bir yükümlülüğü bulunmamaktadır. Belirtilen tarihlerde öğrencimize klinik uygulama yapma imkanı sağlamanız yeterlidir. | | | | | | | | | |
| **3**- FTR 4204 Klinik Uygulama-II dersi kapsamında klinik uygulama yapmasına onay verdiğiniz taktirde öğrenci bu belgeyi fakültemize teslim edecek ve belirtilen tarihlerde klinik uygulama evrakları elden kurumunuza gizli zarf içinde getirilecektir. | | | | | | | | | |
| **4 -**Bu formlar 3 adet düzenlenip; 1 adedi klinik uygulamanın yapılacağı kurumda kalacak, 1 adedi fakültemize verilecek, 1 adedi de öğrencide kalacaktır. | | | | | | | | | |
| **ÖĞRENCİNİN İMZASI** | | | **ÖĞRENCİ DANIŞMANI** | | | **BÖLÜM BAŞKANI** | | | |
| Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu bildirir, FTR 4204 Klinik Uygulama-II dersi kapsamında klinik uygulama yapacağımı taahhüt ederim, adı geçen kurumla ilgili klinik uygulama evraklarımın hazırlanmasını saygılarımla arz ederim. | | |  | | |  | | | |
| **Tarih / İmza :** | | | **Tarih :** | | | **Tarih :** | | | |