



T.C
KARABÜK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

KLİNİK UYGULAMA BAŞVURU FORMU

Sayı:

.../.../ 20....

Konu: Yıl içi klinik uygulama

İLGİLİ MAKAMA

Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimiz zorunlu yıl içi klinik uygulamasını kurumunuzda yapmak istemektedir. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 87. Maddesinin (e) bendi hükümleri uyarınca, öğrencinin klinik uygulama yapacağı döneme ilişkin "İş Kazası ve Meslek Hastalığı" sigortası primi, Üniversitemiz tarafından karşılanacaktır.

Öğrencimizin kurumunuzda klinik uygulama yapmasının uygun olup olmadığının tarafımıza bildirilmesini arz/rica ederiz.

Bölüm Başkanı
İmza

Dekanlık
İmza

KLİNİK UYGULAMA TALEP EDEN KURUM

Adı	Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü		
Adresi	Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Demir-Çelik Kampüsü Kılavuzlar 78050 Karabük		
Tel No	0370 4187190	Faks No	0370 4187191

KLİNİK UYGULAMA YAPACAK ÖĞRENCİ

Adı Soyadı		TC Kimlik No	
Öğrenci No		Sınıf	
E-posta		Tel No	
İkametgah Adresi			

KLİNİK UYGULAMA YAPILACAK KURUM

Adı			
Adresi			
Tel No		Faks No	
E-posta		Web Adresi	
Başlama Tarihi		Bitiş Tarihi	
Klinik uygulama günleri ve klinik			

<p style="text-align: center;">ÖĞRENCİNİN İMZASI</p> <p>Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.</p>	<p style="text-align: center;">KLİNİK UYGULAMA YAPILACAK KURUM ONAYI</p> <p style="text-align: center;">İmza Kaşe/Mühür</p>
---	--

