



T.C
KARABÜK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

KLİNİK UYGULAMA BAŞVURU FORMU

Sayı: 01-01
Konu: Klinik Uygulama

Tarih: 02 /01/ 2026

İLGİLİ MAKAMA

Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimiz zorunlu yıl içi klinik uygulamasını kurumunuzda yapmak istemektedir.

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

Prof.Dr.Tarık Özmen
Bölüm Başkanı

Dekan Yardımcısı

KLİNİK UYGULAMA TALEP EDEN KURUM

Adı	Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü		
Adresi	Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Demir-Çelik Kampüsü Kılavuzlar 78050 Karabük		
Tel No	0370 418 91 71	Faks No	0370 418 93 53

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	

ÖĞRENCİNİN İMZASI Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.	KLİNİK UYGULAMA YAPILACAK KURUM ONAYI İmza Kaşe/Mühür
--	--