



T.C  
KARABÜK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

KLİNİK UYGULAMA BAŞVURU FORMU

Sayı: 01-01  
Konu: Klinik Uygulama

Tarih: 17 /01/ 2025

**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 |  |

|   |  |
|---|--|
| <p><b>ÖĞRENCİNİN İMZASI</b></p> <p>Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.</p> | <p><b>KLİNİK UYGULAMA YAPILACAK KURUM ONAYI</b></p> <p>İmza<br/>Kaşe/Mühür</p> |
|---|--|