



T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON
BÖLÜMÜ

MESLEKİ UYGULAMA
DEVAM ÇİZELGESİ

ÖĞRENCİNİN;	
Adı-Soyadı	
T.C. Kimlik Numarası	
Uygulama Yapılan Kurum/Kuruluş	

Gün	Uygulama Tarihi	İmza	Gün	Uygulama Tarihi	İmza
01	..... / ..... / .....		11 / /	
02	..... / ..... / .....		12 / /	
03	..... / ..... / .....		13 / /	
04	..... / ..... / .....		14 / /	
05	..... / ..... / .....		15 / /	
06	..... / ..... / .....		16 / /	
07	..... / ..... / .....		17 / /	
08	..... / ..... / .....		18 / /	
09	..... / ..... / .....		19 / /	
10	..... / ..... / .....		20 / /	

Yukarıda kimliği yazılan öğrenci / / ile / / tarihleri arasında, iş günlük mesleki uygulamasını tamamlamıştır.

İşyeri yetkilisi
imza-mühür