

فرم درخواست تغییرات کارآموزی در نیمسال سال تحصیلی

نام و نام خانوادگی مربی

نحوه جبران کارآموزی					مشخصات کارآموزی برگزار نشده								
تاریخ	روز	هفته ترم	بیمارستان/ بخش	نام و نام خانوادگی مربی جایگزین	تاریخ	روز	هفته ترم	بیمارستان/ بخش	عنوان کارآموزی/ کارآموزی در عرصه	ورودی	رشته	ردیف	
													۱
													۲
													۳
													۴
													۵

توضیحات:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خراسان شمالی

امضا مسوول آموزش:

امضا و تأیید مدیرگروه:

امضا مربی جایگزین:

امضا مربی درخواست کننده:

دانشکده پرستاری مامایی

تاریخ:

تاریخ: