**EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI KAR**

**Tanulmányi Osztály**

Cím: 4028 Debrecen, Kassai út 26., H-4002 Debrecen, Pf.: 400
Tel.: 52/512-900/ 77414, 77417, 77402 mellék

**SZAKMAI GYAKORLAT IGAZOLÁSA**

Szakmai gyakorlat megnevezése:...........................................................................................

Szakmai gyakorlat időtartama/óraszáma (mintatanterv szerint): ..........................................

Hallgató neve (és Neptun kódja): ..........................................................................................

Hallgató képzése:.................................................................................. Évfolyam:................

A szakmai gyakorlat letöltésének helye:

Intézmény: ...........................................................................................................................

Osztály: ................................................................................................................................

Cím: ......................................................................................................................................

Telefonszám: ........................................................................................................................

E-mail cím:...........................................................................................................................

Gyakorlatvezető oktató neve és beosztása: ..........................................................................

A szakmai gyakorlat ideje: ...................................................................................................

A gyakorlatvezető értékelése, megjegyzései:

.....................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

Igazolom, hogy intézményünkben a hallgató a(z) ........................................................ szakmai gyakorlaton részt vett, a követelményeknek eleget tett.

Kelt: ...................................

P. H.

................................. .....................................

 intézményvezető gyakorlatvezető