



دانشکده پرستاری

درخواست جابجایی / جبرانی کارآموزی / کارورزی

احتراما، کارآموزی/کارورزی.....دانشجویان پرستاری/امامایی ورودی.....گروه..... درروز.....مورخ.....
بدلیل..... لغو و جبران آن در روز..... مورخ.....شیفت..... در مرکز آموزشی
درمانی..... تحت سرپرستی مربی سرکار خانم/جناب آقای.....انجام خواهد شد.

نام و امضاء مربی:

نام و امضاء کارشناس آموزش/سوپروایزر بالینی:

نام و امضاء مسئول امور بالینی:

نام و نام خانوادگی و امضاء دانشجویان گروه:

۱ -

۶ -

۲ -

۳ -

۴ -

۵ -

۷ -

۸ -

۹ -

۱۰ -