



T. C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Eczacılık Fakültesi Dekanlığı

...../...../20...

Sayı:

Konu: Staj 202

BÖLGE ECZACI ODASI' NA

Aşağıda açık kimliği yazılı öğrencimiz bölgenize bağlı Eczane'sinde staj yapmak istemektedir. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 87. Maddesinin (e) bendi hükümleri uyarınca öğrencimizin Eczane'sinde zorunlu staj olarak yapacağı döneme ilişkin 25 günlük '**İş Kazası ve Meslek Hastalığı**' sigortası primi üniversitemiz tarafından Sosyal Sigortalar Kurumu'na ödenecektir. Öğrencimizin biriminizde staj yapma isteğini uygun bulduğunuz takdirde onay yazısını **erueczstaj202@gmail.com** adresine **veya posta yoluyla** fakülteye göndermeniz gerekmektedir. Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

PROF. DR. M. ORHAN PÜSKÜLLÜ
DEKAN

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı, Soyadı :

Baba Adı :

Doğum Yeri ve Tarihi :

T.C. Kimlik No :

Fakülte :

Sınıfı :

Öğrenci No :

İkametgah Adresi :

Telefon (GSM) :

E-posta :

Staj Başlama Tarihi :/...../20...

Staj Bitiş Tarihi :/...../20...

Toplam staj süresi : **25 iş günü (Pazar günü ve resmi tatiller hariç)**

...../...../20...

T.C. ERCİYES ÜNİVERSİTESİ ECZACILIK FAKÜLTESİ

DEKANLIĞI' NA

KAYSERİ

Erciyes Üniversitesi Eczacılık Fakültesi no'lu öğrencinizin/..../20.. tarihinden başlayarak/..../20.. tarihinde tamamlanmak üzere 25 iş günü sürecek zorunlu stajını yapmak istediği Eczanesi, Türk Eczacılar Birliğince belirlenen staj yapma kriterlerine uygundur.

..... **ECZACI ODASI**

Yetkilinin Adı Soyadı

İmza ve Kaşesi

Staj Yapılacak Eczanenin Adı ve Açık adresi:

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

...../...../20..

**T.C. ERCİYES ÜNİVERSİTESİ ECZACILIK FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI' NA**

KAYSERİ

Staj için başvuruda bulunan ve aşağıda açık kimliği olan Erciyes Üniversitesi Eczacılık Fakültesi öğrencisinin 25 iş günü sürecek zorunlu stajını/...../20.. tarihinden başlayarak/...../20.. tarihinde tamamlanmak üzere eczanemde yapması tarafımda uygun bulunmuştur.

Eczanenin Adresi ve Telefonu:

.....
.....

Eczane Yetkilisinin

Adı Soyadı:

İmza/Kaşesi

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı Soyadı :

Baba Adı :

Doğum Yeri ve yılı :

T.C. Kimlik No :

Fakülte :

Bölümü :

Sınıfı :

Öğrenci No :

İkametgah Adresi :

Telefon (gsm) :

Eposta :

Staj Başlama Tarihi :/...../20..

Staj Bitiş Tarihi :/...../20..

Toplam Staj Süresi: 25 iş günü (**hafta sonu ve tatiller hariç**)

.../.../20.....

To whom it may concern,

I am a student at Erciyes University Faculty of Pharmacy in Kayseri/Turkey. My student ID is I would like to complete my mandatory 25 business day summer internship at Pharmacy between the dates /..... / 20... and /..... / 20.... If my request is accepted, I would be grateful if you could send the confirmation letter to the address indicated below by the student or by postal service.

Yours sincerely,

Name & Surname

Signature

Permanent Address:

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

Phone Number (GSM):

.....

Adress

Erciyes University
Faculty of Pharmacy
38039 Melikgazi, Kayseri/Turkey
e-mail: erueczstaj202@gmail.com

**T.C. ERCIYES UNIVERSITY FACULTY OF PHARMACY
INTERNSHIP COMPLETION DOCUMENT**

STUDENT INFORMATION

Name-Surname :

Class :

Student ID :

Internship dates :/...../20....-...../...../20....

Total internship days: 25 business days (**except holidays and weekends**)

Cell phone number of student:

The name, address and phone number of the pharmacy where internship is made:

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

1. Attendance of student:

Attended Did not attend

2. Achievement of student (it will be estimated over 100 point):

3. Opinions:

AUTHORIZED PERSON

Name-Surname:

.....

Signature / Stamp of Pharmacy: