

FORM 1

Tarih:/...../.....

Türkiye Cumhuriyeti
Erciyes Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dekanlığı

İlgili Makama

Aşağıda açık kimliği yazılı öğrencimiz hastanenizde staj yapmak istemektedir. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 87. Maddesinin (e) bendi hükümleri uyarınca öğrencimizin kurumunuzda zorunlu staj olarak yapacağı döneme ilişkin 25 iş günlük İş Kazası ve Meslek Hastalığı sigortası primi üniversitemiz tarafından Sosyal Sigortalar Kurumu'na ödenecektir. Öğrencimizin staj yapma isteğini uygun bulduğunuz takdirde ekte gönderilen onay formumuzu doldurarak erueczstaj402@gmail.com adresine göndermeniz gerekmektedir, Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.



PROF. DR. M. ORHAN PÜSKÜLLÜ
DEKAN

Öğrenci Bilgileri

Adı-Soyadı:

Baba Adı:

Doğum Yeri ve Tarihi:

T.C. Kimlik No:

Fakülte:

Sınıfı:

Öğrenci No:

İkametgah Adresi:

Telefon:

e-mail:

Staj Başlama Tarihi:

Staj Bitiş Tarihi:

Toplam Staj Süresi: 25 iş günü

FORM 2

Tarih:/...../.....

..... İLİ HASTANESİ'NE

Erciyes Üniversitesi Eczacılık Fakültesi no'lu öğrencisiyim./...../20..... tarihinden başlayarak...../...../20..... tamamlanmak üzere 25 iş günü sürecek zorunlu stajımı Hastanesi'nin eczanesinde yapmak istiyorum. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 87. Maddesi (e) bendi hükümleri uyarınca zorunlu olarak staj yapacağım döneme ilişkin 25 iş günlük "İş Kazası ve Meslek Hastalığı" sigortası primi üniversitemiz tarafından Sosyal Sigortalar Kurumu'na ödenecektir.

Kurumunuzda zorunlu stajımı yapmam konusunda izinlerinizi arz ederim.

Not: Staj olur yazısının tarafıma ya da posta yoluyla Erciyes Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dekanlığı'na iletilmesi gerekmektedir.

Adı, Soyadı ve İmzası

İkametgah Adresi:

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

Telefon (GSM):

.....

FORM 3

Tarih:/...../.....

.....
Tıp Fakóltesi Hastanesi Başhekimliği'ne

Erciyes Üniversitesi Eczacılık Fakóltesi no'lu öğrencisiyim./...../20..... tarihinden başlayarak...../...../20..... tamamlanmak üzere 25 iş günü sürecek zorunlu stajımı Hastanesi'nin eczanesinde yapmak istiyorum. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 87. Maddesi (e) bendi hükümleri uyarınca zorunlu olarak staj yapacağım döneme ilişkin 25 iş günlük "İş Kazası ve Meslek Hastalığı" sigortası primi üniversitemiz tarafından Sosyal Sigortalar Kurumu'na ödenecektir.

Kurumunuzda zorunlu stajımı yapmam konusunda izinlerinizi arz ederim.

Adı Soyadı

İmza

İkametgah Adresi:

Telefon (GSM):

FORM 4

Tarih:/...../.....

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 of hospital between the dates/...../..... and/...../..... 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 and Surname

Signature

Permanent Address:

Phone Number:

Adress:

Erciyes University Faculty of Pharmacy
38039 Melikgazi, Kayseri/Turkey
e-mail: erueczstaj402@gmail.com

Note: The acceptance letters should be sent to these e-mails signed and scanned.

FORM 5

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

STUDENT INFORMATION

Name-Surname:

Class:

Student ID:

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

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 or did not attend
2. **Achievement of student:** Good or Mediocre
3. **Application of academic knowledge:** Successful or not successful
4. **Relationship with patient, pharmacist, etc:** Successful or not successful
5. **Opinions:**