

Türkiye Cumhuriyeti
Erciyes Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dekanlığı

..... 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 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:

Taplam Staj Süresi: **25 iş günü**

Türkiye Cumhuriyeti
Erciyes Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dekanlığı'na

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

..... Eczacı Odası

Yetkilinin Adı-Soyadı

İmza ve Kaşe

Staj Yapılacak Eczanenin Adı:

Staj Yapılacak Eczanenin Açık Adresi:

Türkiye Cumhuriyeti
Erciyes Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dekanlığı'na

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

Eczanenin Adresi ve Telefonu:

Yetkilinin Adı-Soyadı
İmza/Kaşe

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 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 intership at Pharmacy 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.

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

Did not attend

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

3. Opinions:

AUTHORIZED PERSON

Name-Surname:

Signature / Stamp of Pharmacy:

Note: This form will be completed by authorized pharmacist and will be submitted to internship commission enclosed in the sealed envelope delivered by the intern pharmacy student