

**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 [erueczstaj102@gmail.com](mailto:erueczstaj102@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**

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

..... İLİ HASTANESİ'NE

Erciyes Üniversitesi Eczacılık Fakültesi ..... no'lu öğrencisiyim. ..../...../ 20..... tarihinden başlayarak ...../...../ 20.... tarihinde 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.

**İkametgah Adresi:**

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

**Adı, Soyadı ve İmzası**

**Telefon (GSM):**

.....

**Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği'ne**

Erciyes Üniversitesi Eczaçılık Fakültesi ..... no'lu öğrencisiyim.  
..... tarihinden başlayarak ..... tarihinde tamamlanmak üzere  
25 iş günü sürecek zorunlu stajımı.....

Hastanesi'nin eczanesinde yapmak istiyorum. 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.

Kurumunuzda zorunlu stajımı yapmam konusunda izinlerinizi arz ederim.

Adı-Soyadı

İmza

İkametgah Adresi:

Telefon No:

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 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](mailto: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 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:**