



T. C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Eczacılık Fakültesi Dekanlığı

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

Sayı:

Konu: Staj 202

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 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...

..... İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ'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.

İkametgah Adresi:

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

Adı, Soyadı ve İmzası

Telefon (GSM):

.....

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

.....
HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE

Erciyes Üniversitesi Eczacılık Fakültesi no'lu öğrencisiyim.
...../...../ 20... tarihinden başlayarak/...../ 20.... tarihinde tamamlanmak üzere 25 iş günü sürecek zorunlu stajımı kurumunuzun hastane 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.

İkametgah Adresi:

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

Adı, Soyadı ve İmzası

Telefon (GSM):

.....

...../...../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-day summer internship at pharmacy of hospital 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):

.....

Address

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

**ERCIYES UNIVERSITY FACULTY OF PHARMACY
INTERNSHIP COMPLETION DOCUMENT**

STUDENT INFORMATION

Name-Surname :

Class :

Student ID :

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

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

Cell phone number of student:

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

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

1. Attendance of student:

Attended Did not attend

2. Achievement of student:

Good Mediocre

3. Application of academic knowledge:

Successful Not successful

4. Relationship with patient, pharmacist, etc:

Successful Not successful

5. Opinions :

.....