

## **ECZANE STAJI YAPACAK ÖĞRENCİLERİN DİKKATİNE!**

2025-2026 Bahar Dönemi STJ 302'yi alan öğrenciler aşağıdaki açıklanan şekilde staj başvurularını şahsen yapacaklardır. Gerekli formlar **STJ 302 eczane stajı** klasöründe yer almaktadır.

- 1) STJ 302'yi alan öğrenciler, staj yapmak istedikleri eczane ile görüşüp onay aldıktan sonra Form 1'i (İlgili Makama Dekanlık Üst Yazısı) doldurarak Eczacı Odası'na başvuracaktır.
- 2) Eczacı Odası, TEB'in belirlediği kriterlere göre eczaneyi uygun bulursa Form 2'yi (Eczacı Odası Olur Yazısı) doldurarak öğrenci aracılığı ile Eczacılık Fakültesi Dekanlığı'na gönderecektir. Bu evrak **12.06.2026 saat 17.00'a** kadar fakültemiz staj 302 sorumlusu araştırma görevlilerine teslim edilmelidir/ulaşmalıdır (**Bu işlem, staj 302 e-posta adresine (erueczstaj302@gmail.com) e-mail yoluyla yapılacaktır.**
- 3) Öğrenci, Form 3'ü (Eczane Olur Yazısı) staj yapacağı eczanenin sorumlusuna onaylatarak fakültemiz staj 302 sorumlusu araştırma görevlilerine teslim edecektir (**Bu işlem, staj 302 e-posta adresine (erueczstaj302@gmail.com) e-mail yapılacaktır.**
- 4) Öğrenci, staj sonunda OBİSİS'in staj sekmesinden alınan beceri eğitim sicil formunu, eczacı tarafından doldurulup onaylandıktan sonra defter ile birlikte kapalı bir zarfla (zarf üzerinde eczacının kaşe ve imzası gerekmektedir) fakültemiz staj 302 sorumlusu araştırma görevlilerine teslim etmelidir (**Bu işlem, staj 302 e-posta adresine (erueczstaj302@gmail.com) e-mail yoluyla yapılacaktır.**

**Kendi ülkelerinde staj yapacak yabancı uyruklu öğrenciler STJ 302'deki belgeleri doldurarak aşağıdaki yolu izlemelidirler.**

- 1) Form 4 (Official Letter) doldurularak staj yapmak istenilen eczaneye başvurulacaktır.
- 2) Staj yapılacak eczaneden **OLUR YAZISI** alınacaktır.
- 3) Staj bitiminde staj defteri ile birlikte Form 5 (Internship Completion Document) ilgili eczanedeki sorumlu eczacı tarafından imzalanıp kaşelenerek kapalı zarf içinde fakültemiz staj 302 sorumlusu araştırma görevlilerine teslim edilecektir (**Bu işlem, staj 302 e-posta adresine (erueczstaj302@gmail.com) mail olarak veya dekanlığa posta yoluyla yapılacaktır.**

**\* Staj başvuru süresince bütün işlemlerin takibi öğrenciye aittir.**

**\*\*Sorularınıza sadece e-mail yoluyla cevap verilecektir.**

**İLETİŞİM:**

**erueczstaj302@gmail.com**



**T. C.**  
**ERCIYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ**  
**Eczacılık Fakültesi Dekanlığı**

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

**Sayı:**

**Konu:** Staj 302

**İlgili Makama**

Aşağıda açık kimliği yazılı öğrencimiz eczanenizde 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 28 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 **erueczstaj302@gmail.com adresine veya posta yoluyla** fakülteye göndermeniz gerekmektedir. Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

**DEKAN**

**PROF. DR. M. ORHAN PÜSKÜLLÜ**

**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 : **28 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 **28 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**

Staj için başvuruda bulunan ve aşağıda açık kimliği olan Erciyes Üniversitesi Eczacılık Fakültesi öğrencisinin **28 iş günü** sürecek zorunlu stajını ...../...../20... tarihinden başlayarak ...../...../20... tarihinde tamamlanmak üzere eczanemde yapması tarafımdan 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: **28 iş günü (Pazar günü ve resmi tatil günleri 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 28 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: **erueczstaj302@gmail.com**

**Note: The acceptance letter should be sent via e-mail as signed and scanned.**

.

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

**STUDENT INFORMATION**

**Name-Surname** : .....

**Class** : .....

**Student ID** : .....

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

Total internship days: 28 business days (**except holidays**)

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.***