

STAJ/İŞLETMEDE MESLEKİ EĞİTİM YER DEĞİŞİKLİĞİ FORMU

..... / /

**ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ ECZACILIK FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI'NA**

Fakülteniz no.lu öğrencisiyim. PHAR.....staj/işletmede mesleki eğitim uygulamasını nedeniyle/...../..... tarihinde tamamlamadan adlı eczane/kurumdan ayrılmak istiyorum. Stajımın/işletmede mesleki eğitimimin kalan kısmını/...../..... -/...../..... tarihleri arasında eczane/kurumda tamamlamak istiyorum.

Talep ettiğim değişikliğin Staj Komisyonu tarafından değerlendirmeye alınmasını görüşlerinize sunarım. Ayrıca SGK çıkış işlemlerinin/...../..... tarihi itibarıyla yapılması için gereğini bilgilerinize arz ederim.

İmza:

Ad-Soyad:

Öğrenci No: