



T.C.
KİLİS 7 ARALIK ÜNİVERSİTESİ
Yusuf Şerefoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi

STAJ BAŞVURU FORMU

İlgili makama

Fakültemiz Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencilerinin öğrenim süresi sonuna kadar kamu/özel kurum ve kuruluşlarda **staj yapma zorunluluğu** vardır. Aşağıda bilgileri yer alan öğrencimizin stajını 20 iş günü olarak kurumunuzda yapması uygun görülmüştür.

Aşağıda kurum / kuruluş bilgileri kısmının doldurulup onaylanarak tarafımıza öğrencimiz ile ulaştırılması hususunda gereğini rica eder; öğrencimizin kurumunuzda staj yapmasında göstereceğiniz ilgiye teşekkür ederiz. Öğrencimizin staj süresince **iş kazası ve meslek hastalığı sigorta primi üniversitemiz tarafından ödenecektir.**

Prof. Dr. Mustafa CİNOĞLU

Dekan

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ (Bu kısım öğrenci tarafından doldurulacaktır)

Adı Soyadı		Staj Başlama ve Bitiş Tarihleri	Sadece staj yapılacak işletmeye verilecek nüsha için resim yapıştırılarak "Öğrenci İşleri" bürosuna onaylatınız.
Öğrenci No		16/06/2025 - 11/07/2025	
T.C. Kimlik No		Staj Yapılacak Günler	
Telefon No		Pazartesi, Salı, Çarşamba, Perşembe, Cuma	
e-posta adresi			
İkametgâh Adresi			
Staj yapılacak ders (U)	Sağlık Kurumları Uygulamalı Yaz Stajı	Öğretim Yılı: 2024 / 2025 Bahar Dönemi	

KURUM/KURULUŞ BİLGİLERİ (Bu kısım işveren/yetkili tarafından doldurulacaktır)

Adı			
Adresi			
Telefon No		Faks No	
Üretim / Hizmet Alanı	Sağlık Hizmeti		
İşveren/yetkili onayı	Yukarıda bilgileri verilen öğrencinizin işyerimizde uygulamalı yaz stajı yapması uygundur. / / 2025 Kurum Yetkili (İmza)		

ÖĞRENCİNİN İMZASI	STAJ KOORDİNATÖRÜNÜN ONAYI
Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu beyan ediyorum. / / Adı-Soyadı (İmza)	Adı-Soyadı (İmza) / /