

	T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ FAKÜLTESİ BÖLÜMÜ Uygulamalı İş Yeri Eğitimi Kabul Formu	Doküman No	FRM-OIDB-0052
		İlk Yayın Tarihi	16/07/2024
		Revizyon Tarihi	---
		Revizyon No	---
		Sayfa No	1/1

Uygulamalı İş Yeri Eğitimi Yapılacak Kurumun Türü: Kamu () Özel Sektör ()

ÖĞRENCİNİN

Adı – Soyadı		
TC Nosu		
Açık adresi:		
Bölümü		
Numarası		
Sınıfı:		
Kendinin sağlık güvencesi	Var ()	Yok ()
Ailesinden sağlık güvencesi	Var ()	Yok ()

Örgün Öğretim () İkinci Öğretim ()

UYGULAMALI İŞ YERİ EĞİTİMİ YAPILACAK KURUM

Kurumun Adı	
Adresi	
Telefon No	
Faks Numarası	
e-posta adresi	

Eğitime başlama tarihi	Eğitimin bitiş tarihi	Eğitimde geçecek gün sayısı
...../...../20../...../20..	

Öğrencinin

Kurum yetkilisinin

Adı ve soyadı, imzası

Unvanı, adı ve soyadı, imzası
Mühür

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

Uygulamalı İş Yeri Eğitimi Bölüm Koordinatörü Onayı

NOT: Fakültemiz tarafından uygulamalı eğitim süresince kısa vadeli sigorta primi yatırılacaktır.

İlgili Dokümanlar: İş akışı 4.13.20. Fen ve Mühendislik Bilimleri Öğrencilerinin Uygulamalı Eğitimi Alt Süreci

Hazırlayan İlgili Süreç Sahibi	Kontrol Eden Birim Yöneticisi	Onaylayan Kalite Koordinatörlüğü
-----------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------