**LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ ECZACILIK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA**

Fakültenizin….…………..numaralı……..sınıf öğrencisi……..……….…… …/…/20… ile …/…/20…tarihleri arasında …………..kodlu…………………………..isimli stajını kurumumuzda yapması kabul edilmiştir.

Gereğinin yapılmasını saygılarımla arz ederim.

|  |
| --- |
| **Kurum Yetkilisinin Adı Soyadı** |
| **Tarih:** … / … / 20.. |
| **Kaşe ve İmza** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Staj ve Kurum Bilgileri** |  |  |
| **Staj Başlama Tarihi** |  |
| **Staj Bitiş Tarihi** |  |
| **Staj Süresi (Toplam İş Günü)** |  |
| **Staj Yetkilisi Adı Soyadı** |  |
| **Kurum Adı** |  |
| **Kurum Adresi** |  |
| **Kurumun ve Yetkilinin Telefonu** |  |
| **Kurum Faks No/E-posta** |  |

**REVİZYON BİLGİLERİ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Revizyon  No | Revizyon  Tarihi | Revizyon Açıklaması |
| 0 | - | İlk yayın. |
| 1 | 31.08.2021 | ISO 9001-2015 Kalite standartları gereğince doküman şablonu revize edilmiştir. |