**T.C.**

**KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**

**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ**

**(… Anabilim Dalı Başkanlığı’na)**

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı öğrencimiz … numaralı ………..’ın ……… Uygulaması 1 derslerinin uygulamasını ….. Hastanesinde …. tarihleri arasında aşağıdaki rotasyonda belirtilen kliniklerde gerçekleştirilmesi planlanmakta olup; konuya ilişkin uygulama dersi yapılacak kurumun talep etmiş olduğu gerekli dokümanlar dilekçem ekinde yer almaktadır. İlgili kurumdan gerekli izinlerin alınabilmesi hususunu bilgilerinize arz ederim.

**Dr. Öğr. Üyesi Danışman**

 **27.03.2024**

**UYGULAMA DERSİ BİLGİLENDİRME FORMU**

|  |  |
| --- | --- |
| **Öğrencinin Adı Soyadı** |  |
| **Öğrencinin Eğitim Alanı** *(Lisans/ Yüksek Lisans/ Doktora)* |  |
| **Anabilim Dalı** |  |
| **Uygulama Dersinin Adı** |  |
| **Uygulama Dersinin Dönemi** |  |
| **Uygulama Dersinin Kodu** |  |
| **Öğrenci Danışmanı Unvanı Adı Soyadı** |  |
| **Danışman İletişim Bilgileri** *(sabit/ gsm ve/veya mail)* |  |
| **Öğrenci İletişim Bilgileri** *(gsm ve/veya mail)* |  |
| **Uygulama Başlangıç/ Bitiş Tarihi**  |  |
| **Uygulamanın Yapılacağı Kurum/ Birim** |  |
| **Uygulamanın Yapılabilmesi için İzin Alınacak Birim** |  |
| **Uygulamanın Yapılacağı Kurum Adres ve İletişim Bilgileri** *(adres/ telefon/mail)* |  |
| **Uygulamanın Yapılacağı Birim** | **Uygulama Tarihleri***(Toplam Uygulama Süresi 3 Gün)* |
| **1** | Doğumhane ve Kadın Doğum Servisi | 03.04.2024- 05.04.2024 |
| **2** |  |  |
| **3** |  |  |
| **Notlar:**1. Uygulama Dersi Programlarının, uygulama başlayış tarihinden en az 20 gün öncesinde gerekli yazışma ve planlamaların yapılabilmesi adına Enstitümüze, Uygulama Yapılacak Kurumun istemiş olduğu bilgi ve belgeler ile müracaat edilmesi gerekmektedir.
2. İlimiz Evliya Çelebi ve Araştırma Hastanesi’nde gerçekleştirilecek Uyguma Derslerinin İç Rotasyonu, Sağlık Kurum ve Kuruşların ilgili Eğitim/Birim Sorumlusu ve Sorumlu Öğretim Görevlisi ile birlikte istişare edilerek düzenlenebilir.
 |