

T.C. KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu İŞLETME STAJI SÖZLEŞME FORMU				Fotoğraf			
ÖĞRENCİNİN							
Fakülte/Yüksekokul/MYO Adı							
Kayıtlı Olduğu Program							
T.C. Kimlik Numarası							
Adı Soyadı							
Öğrenci Numarası		Öğretim Yılı					
E-posta Adresi		Telefon Numarası					
İkamet Adresi							
STAJ YAPILAN İŞLETMENİN							
Adı							
Adresi							
Üretim/Hizmet Alanı							
Çalışan Personel Sayısı							
SGK Numarası							
Telefon Numarası		Faks Numarası					
E-posta Adresi		Web Adresi					
STAJIN							
Başlama Tarihi		Bitiş Tarihi		Süresi			
Staj Günleri		Pazartesi	Salı	Çarşamba	Perşembe	Cuma	Cumartesi
İŞVEREN VEYA YETKİLİNİN							
Adı Soyadı				Tarih, İmza ve Kaşe			
Görevi							
E-posta Adresi							
SGK Tescil Numarası							

ÖĞRENCİ	İŞVEREN VEYA VEKİLİ	PROGRAM STAJ KOORDİNATÖRÜ	FAKÜLTE DEKAN YRD. VEYA YÜKSEKOKUL/ MYO MÜDÜR YRD.
Adı Soyadı:	Adı Soyadı: Görevi:	Adı Soyadı:	Adı Soyadı:
Tarih ---/---/----	Tarih ---/---/----	Tarih ---/---/----	Tarih ---/---/----
İmza	İmza-Kaşe	İmza	İmza-Kaşe

* Bu sözleşme üç nüsha halinde düzenlenecek olup bir nüshası Fakülte Dekanlığı/ Yüksekokul/Meslek Yüksekokulu Müdürlüğünde kalacak, bir nüshası öğrenciye verilecek ve bir nüsha staja başlarken stajyer öğrenci tarafından işletmeye teslim edilecektir. Sözleşmenin her sayfası işletme, öğrenci ve Fakülte Dekanlığı/ Yüksekokul/Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü tarafından imzalanacak/parafalanacaktır.

