**KLİNİK UYGULAMALARI HAFTALIK RAPOR**

Adı Soyadı: Öğrenci No:

Ziyaret Tarihi:

Sorumlu Öğretim Üyesi:

**Ziyaret Edilen Kuruluş veya Yer ile İlgili Bilgiler:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kuruluşun adı :**  |  |
| **Kuruluşun adresi:** |  |
| **Kuruluşun faaliyet alanı:** |  |
| **KLİNİK UYGULAMALARI** sırasında gerçekleştirilen faaliyetler kısa olarak belirtilecektir. (Gerekli görülürse görsel materyal eklenebilir) |  |
| **Görüş ve Öneriler:** Öğrencinin Klinik Uygulamaları yaptırılan kurum ve *yerlerde;* ***üretim ve hizmet sürecinde verimliliği arttırabileceği düşünülen görüş ve* öneriler**(Klinik Uygulamaları sırasında kurum ve yerde görülen genel soruna yönelik olarak çözüm önerileri verilecektir.)**Her öğrenci kendi görüşlerini belirtmelidir.** **Kişisel sorunlara yer verilmemelidir.** |  |

**Öğrenci Adı Soyadı İmza Sorumlu Öğretim Üyesi Adı Soyadı İmza**

**Öğrencinin Aldığı Not :**

(Sorumlu Öğretim Üyesi 100 üzerinden değerlendirecektir)