|  |
| --- |
|  **PŘIHLÁŠKA NA ODBORNOU PRAXI** **ÚSTAV OŠETŘOVATELSTVÍ FVP SU** **VŠEOBECNÁ SESTRA** |
| **AKADEMICKÝ ROK** |  |
| **JMÉNO STUDENTA** |  |
| **ROČNÍK STUDIA/FORMA** |  |
| **TERMÍN ODBORNÉ PRAXE** |  |
| **NEMOCNICE, VYBRANÉ ODDĚLENÍ** |  |
| **ABSOLVOVANÉ BOZP V UVEDENÉM ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ** |  |
| **TERMÍN ODBORNÉ PRAXE** |  |
| **NEMOCNICE, VYBRANÉ ODDĚLENÍ** |  |
| **ABSOLVOVANÉ BOZP V UVEDENÉM ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ** |  |
| **KONTAK NA STUDENTA****TELEFON** |  |
| **STUDENTSKÝ EMAIL** |  |
| **DATUM****PODPIS STUDENTA** |  |
| **DORUČENO NA ODDĚLENÍ PRAXÍ** |  |