

PŘIHLÁŠKA NA ODBORNOU PRAXI
ÚSTAV NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ FVP SU
Porodní asistenci

| | |
|---|--|
| AKADEMICKÝ ROK | |
| JMÉNO STUDENTA | |
| ROČNÍK STUDIA/FORMA, OBOR | |
| TERMÍN ODBORNÉ PRAXE | |
| ORDINACE, KLINIKA | |
| ABSOLVOVANÉ BOZP V UVEDENÉM ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ | |
| TERMÍN ODBORNÉ PRAXE | |
| ORDINACE, KLINIKA | |
| ABSOLVOVANÉ BOZP V UVEDENÉM ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ | |
| KONTAK NA STUDENTA TEL | |
| STUDENTSKÝ EMAIL | |
| DATUM PODPIS STUDENTA | |
| DORUČENO NA ODDĚLENÍ PRAXÍ | |