|  |
| --- |
| **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** |  |