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	