

**T.C.**  
**BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ**  
**GÖLHİSAR SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU**  
**İLK VE ACİL YARDIM PROGRAMI**

## İŞ YERİ UYGULAMASI FİNAL RAPORU

**Adı Soyadı** :.....

**Öğrenci No** :.....

**e-mail Adresi** :.....

**Telefon Numarası** :.....

**Eğitim-Öğretim Yılı** :.....

**Dönem** :.....

**İş Yeri Uygulamasını Yaptığı Kurum** :.....

.....

**Kurum İçinde Uygulama Yapılan Bölümler:**.....

.....

**İş Yeri İletişim Telefon Numarası** :.....

**Öğrencinin Devamsız Olduğu Gün Sayısı** :.....

Bu mesleki uygulama ara raporu ...../...../..... tarihinde aşağıdaki mesleki uygulama sorumluları tarafından kabul edilmiştir.

.....

İş Yeri Eğitim Sorumlusu

.....

Sorumlu Öğretim Elemanı

**İŞ GÜNÜ TARİH** :

**YAPILAN İŞ/UYGULAMANIN BAŞLIĞI** :

YAPILAN İŞİN/ UYGULAMANIN AYRINTILI AÇIKLAMALARI :

**Bu form her uygulama günü için ayrı ayrı sayfalarda olmak üzere doldurulacaktır.**

## ÖĞRENCİNİN UYGULAMA SÜRESİNCE GENEL KAZANIMLARINI YANSITAN SONUÇ RAPORU

## EKLER