



**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**  
**FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ**  
**UYGULAMA BAŞVURU FORMU**

**Sayı** : 78803322-304.03

**Tarih:**

**Konu** : Uygulama

Sayın Yetkili,

Üniversitemiz FTR Bölümü numaralı öğrencimiz uygulama yapmakla yükümlüdür. Sigorta primi üniversitemiz tarafından yatırılacaktır. İşyerinizde uygulama yapması uygun görüldüğü takdirde aşağıdaki "İşyeri Onayı" kısmının doldurularak SANKO Üniversitesine gönderilmesi için gereğini arz-rica ederiz.

**Prof. Dr. Nevin Ergun**  
**Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölüm Başkanlığı**

**Bu Kısım İşyeri tarafından doldurulacaktır.**

**İŞYERİ ONAYI**

İşyerinin	Adı			
	Adresi			
	Üretim/Hizmet Alanı			
	Telefon No		Fax No	
Uygulama	Başlama Tarihi		Süresi	
	Bitiş Tarihi			

**İşveren veya Uygulama Yetkilisinin**

Adı Soyadı			
Görev ve Uzmanı		İmza Kaşe/Mühür	
Tarih			

**Bu kısım öğrenci tarafından doldurulacaktır.**

**SANKO ÜNİVERSİTESİ FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜM BAŞKANLIĞINA**

Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu bildirir, uygulamamı yukarıda adı geçen işyeri/kurumda yapmama müsaadelerinizi arz ederim.

Adı Soyadı :

İmza :

Tarih : ...../...../20....

Adı-Soyadı		Dış Kapı No	
TC Kimlik No		İç Kapı No	
Öğrenci No		Posta Kodu	
Program Adı		Ev Telefonu	
Bulvar		Cep Telefonu	
Sokak		Köy	
Cadde		İlçe	
Mahalle/Semt		İl	

**Açıklama** : Bu form işyeri onayı alınarak gerekli bilgilerin doldurulmasından sonra kimlik fotokopisi ile SANKO Üniversitesi 'ne elden yada posta ile uygulama başlangıcından en az 1 hafta önce ulaştırılacaktır.

**Posta Adresi** : SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölüm Başkanlığı  
İncilipınar Mah. Gazi Muhtar Paşa Bulv. No: 36 27090 Şehitkamil/ GAZİANTEP Tel: +90 342 211 51 18  
Faks: +90 342 211 54 10 e-mail: info@sanko.edu.tr