

Hallgatói jelenléti ív

Gyógyszerészhallgató neve:

Gyakorlati képzőhely neve:

Gyakorlati képzőhely címe:

Oktató gyógyszerész neve:

Gyakorlat időtartama*:

Dátum hó	Gyakorlat kezdete	Aláírás	Gyakorlat vége	Aláírás	Megjegyzés
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

Gyógyszerészhallgató aláírása

Oktató gyógyszerész aláírása

Dátum:

pecsét helye

*Amennyiben a gyakorlat időtartama több hónap dátumait is felöleli,
úgy a különböző hónapokra külön jelenléti ív vezetése szükséges.