**B E S Z Á M O L Ó**

**a záróvizsga előtti kötelező kórházi/intézeti gyógyszertári gyakorlatról**

1. Hallgató neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ neptun kódja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. A szakmai gyakorlat helyszíne:
* gyógyszertár/intézet neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* gyógyszertár/intézet címe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Az oktató gyógyszerész neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. A gyakorlat elvégzésének ideje: 2019.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Szakmai beszámoló:**

* min. 3-4 (A/4 méretű) gépelt oldal (előlap és hátlap nélkül),
* Times New Roman 12 betűtípus,
* 1,5 sortávolság

**Dátum: 2019. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Készítette:**

\_\_\_\_\_\_\_saját kezű aláírás\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 név

**Az oktató gyógyszerész értékelése:**

nem felelt meg\* megfelelt\*  jól megfelelt\* kiválóan megfelelt\*

**\*megfelelő aláhúzandó**

Az értékelés helye, ideje (dátum): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 2019. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Az oktató gyógyszerész aláírása: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A gyógyszertár/intézet bélyegzőlenyomata: P.H.

**Melléklet: elektronikus munkafüzet**