



IGAZOLÁS
orvosi kommunikáció terepgyakorlaton való részvételről

Terepgyakorlati hely adatai:

Egészségügyi intézmény neve:

Intézmény címe:

Tel:

E- mail:

Alulírott.....igazolom, hogy
.....(hallgató neve),
Neptun kódja teljesítette az Orvosi kommunikáció terepgyakorlatát.

Dátum:

Aláírás

Orvosi pecsét helye