

MINŐSÍTŐ LAP
6 hetes elektív gyakorlat:

Név _____ csoport _____ VI. évf. hallgató

2026. év _____ hó ____ napjától 2026. év _____ hó ____ napjáig osztályunkon

végezte gyakorlatát.

és,

2026. év _____ hó ____ napjától 2026. év _____ hó ____ napjáig osztályunkon

végezte gyakorlatát.

Ügyelet dátuma:

Ügyelet dátuma:

Ügyeletes orvos aláírása: _____

Ügyeletes orvos aláírása: _____

A gyakorlat minősítése:

(nem felelt meg – megfelelt – kiválóan megfelelt)

P.H. Gyakorlatvezető

P.H. Gyakorlatvezető