



**T.C.**  
**NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ**  
**NEZAHAT KELEŞOĞLU SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**  
**İŞLETMEDE MESLEKİ EĞİTİM KABUL FORMU**

Bilgileri sunulan ..... Bölümü ..... sınıf öğrencimizin, ..... Eğitim Öğretim Yılı ..... döneminde haftanın ..... günleri uygulamalı eğitim yapması zorunludur. Uygulamanın 3308 sayılı Mesleki Eğitim Kanunu kapsamında ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kapsamında İş Kazası ve Meslek Hastalıkları Sigortası üniversitemiz tarafından karşılanması koşuluyla ilgili öğrencinin, ..... dönemi için zorunlu işletmede mesleki eğitimini kurumunuzda/kuruluşunuzda yapması hususunda göstereceğiniz ilgiye teşekkür ederiz.

**ÖĞRENCİ**

Adı Soyadı	
Fakülte Numarası	
E-Posta Adresi	
İkametgâh Adresi	

**İŞLETMEDE MESLEKİ EĞİTİM YAPILACAK YER**

Adı veya Unvanı	
Adresi	
Hizmet Alanı	
Telefon No.	
E-Posta Adresi	
Mesleki Eğitimin Başlama Tarihi	Mesleki Eğitimin Bitiş Tarihi

**İŞLETMEDE MESLEKİ EĞİTİMİ ONAYLAYACAK İŞVEREN VEYA YETKİLİ**

Adı Soyadı	
Görev ve Unvanı	İmza / Kaşe
E-posta Adresi	
Tarih	

**ÖĞRENCİNİN NÜFUS KAYIT BİLGİLERİ**

Soyadı	
Adı	
Baba Adı	
Ana Adı	
Doğum Tarihi	
T.C. Kimlik Numarası	

ÖĞRENCİNİN İMZASI	UYGULAMALI EĞİTİMLER SORUMLUSUNUN ONAYI	FAKÜLTE ONAYI
Belge üzerindeki bilgilerin doğru olduğunu bildirir, uygulama yapacağımı taahhüt ederim.	İmza:	İmza / Mühür
İmza:	Adı-Soyadı:	Adı-Soyadı:
Tarih:	Tarih:	Tarih: