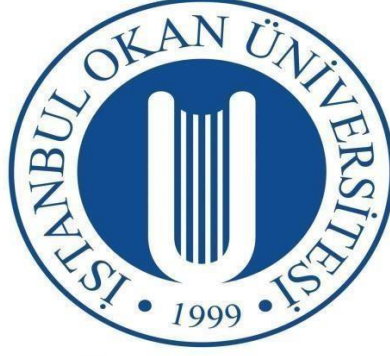




Tarih :

— İSTANBUL —
OKAN ÜNİVERSİTESİ

RADYOTERAPİ UYGULAMARI I STAJ DEFTERİ

ADI SOYADI:
ÖĞRENCİ NO:
STAJ YAPILAN KURUM:
STAJ YAPILAN BİRİM:
STAJ DEFTERİ TESLİM TARİHİ:

PROGRAM BAŞKANI ONAYI

STAJ KABUL/RED:
GEÇERLİ GÜN SAYISI:
ONAY TARİHİ:
RAPORU DEĞERLENDİREN:
İMZA:



OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
ZORUNLU STAJ PROGRAMI

STAJ GÜNCEŚİ

Öğrencinin Adı Soyadı

Programı

YAPILANLAR

..... GÜN Tarih:

Kurum Yetkilisinin Adı, Soyadı

Tarih / İmza



OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
ZORUNLU STAJ PROGRAMI

STAJ GÜNCEİ

Öğrencinin Adı Soyadı

Programı

YAPILANLAR

..... GÜN Tarih:

Kurum Yetkilisinin Adı, Soyadı

Tarih / İmza



OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
ZORUNLU STAJ PROGRAMI

STAJ GÜNCEŚİ

Öğrencinin Adı Soyadı

Programı

YAPILANLAR

..... GÜN Tarih:

Kurum Yetkilisinin Adı, Soyadı

Tarih / İmza



OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
ZORUNLU STAJ PROGRAMI

STAJ GÜNCEİ

Öğrencinin Adı Soyadı

Programı

YAPILANLAR

..... GÜN Tarih:

Kurum Yetkilisinin Adı, Soyadı

Tarih / İmza



OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
ZORUNLU STAJ PROGRAMI

STAJ GÜNCEŚİ

Öğrencinin Adı Soyadı

Programı

YAPILANLAR

..... GÜN Tarih:

Kurum Yetkilisinin Adı, Soyadı

Tarih / İmza



OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
ZORUNLU STAJ PROGRAMI

STAJ GÜNCEİ

Öğrencinin Adı Soyadı

Programı

YAPILANLAR

..... GÜN Tarih:

Kurum Yetkilisinin Adı, Soyadı

Tarih / İmza



OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
ZORUNLU STAJ PROGRAMI

STAJ GÜNCEŚİ

Öğrencinin Adı Soyadı

Programı

YAPILANLAR

..... GÜN Tarih:

Kurum Yetkilisinin Adı, Soyadı

Tarih / İmza



OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
ZORUNLU STAJ PROGRAMI

STAJ GÜNCEİ

Öğrencinin Adı Soyadı

Programı

YAPILANLAR

..... GÜN Tarih:

Kurum Yetkilisinin Adı, Soyadı

Tarih / İmza



OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
ZORUNLU STAJ PROGRAMI

STAJ GÜNCEŚİ

Öğrencinin Adı Soyadı

Programı

YAPILANLAR

..... GÜN Tarih:

Kurum Yetkilisinin Adı, Soyadı

Tarih / İmza



OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
ZORUNLU STAJ PROGRAMI

STAJ GÜNCEİ

Öğrencinin Adı Soyadı

Programı

YAPILANLAR

..... GÜN Tarih:

Kurum Yetkilisinin Adı, Soyadı

Tarih / İmza



OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
ZORUNLU STAJ PROGRAMI

STAJ GÜNCEİ

Öğrencinin Adı Soyadı

Programı

YAPILANLAR

..... GÜN Tarih:

Kurum Yetkilisinin Adı, Soyadı

Tarih / İmza



OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
ZORUNLU STAJ PROGRAMI

STAJ GÜNCEİ

Öğrencinin Adı Soyadı

Programı

YAPILANLAR

..... GÜN Tarih:

Kurum Yetkilisinin Adı, Soyadı

Tarih / İmza



OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
ZORUNLU STAJ PROGRAMI

STAJ GÜNCEİ

Öğrencinin Adı Soyadı

Programı

YAPILANLAR

..... GÜN Tarih:

Kurum Yetkilisinin Adı, Soyadı

Tarih / İmza



OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
ZORUNLU STAJ PROGRAMI

STAJ GÜNCEİ

Öğrencinin Adı Soyadı

Programı

YAPILANLAR

..... GÜN Tarih:

Kurum Yetkilisinin Adı, Soyadı

Tarih / İmza



OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
ZORUNLU STAJ PROGRAMI

STAJ GÜNCEİ

Öğrencinin Adı Soyadı

Programı

YAPILANLAR

..... GÜN Tarih:

Kurum Yetkilisinin Adı, Soyadı

Tarih / İmza



T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
STAJ PROGRAMI KURUM DEĞERLENDİRME FORMU
(EK.8)

Staj Yapan Öğrencinin Adı - Soyadı:
Kayıtlı Olduğu Program:
Staj Yaptığı Kurumun Adı:
Staj Yaptığı Kurumun Adresi:
Staja Başlama ve Bitiş Tarihi:

DEĞERLENDİRME SORULARI

1.	Öğrencinin çalışma saatlerine uyması	☐ Çok İyi ☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü ☐ Çok Kötü
2.	Kılık kıyafetinin iş ortamına uygunluğu	☐ Çok İyi ☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü ☐ Çok Kötü
3.	Verilen işi yapma konusundaki isteği	☐ Çok İyi ☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü ☐ Çok Kötü
4.	Verilen işi sonuçlandırma konusundaki becerisi	☐ Çok İyi ☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü ☐ Çok Kötü
5.	Çalıştığı bölümde takım çalışmasına yatkınlığı	☐ Çok İyi ☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü ☐ Çok Kötü
6.	Program süresince hasta ile ilişkisi ve mesleki el becerisi	
7.	Öğrencinin olumlu gördüğünüz yönleri	
8.	Öğrencinin olumsuz gördüğünüz yönleri	
9.	Genel olarak çalışma performansı	☐ Çok İyi ☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü ☐ Çok Kötü
10.	İlave etmek istediğiniz diğer görüşleriniz	
	DEĞERLENDİRME NOTUNUZ: (100 puan üzerinden notunuzu yazınız).	

Kurum Yetkilisinin Adı Soyadı
Görevi
Telefon
Tarih/İmza/Kaşe-Mühür

OKAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEK OKULU
RADYOTERAPİ PROGRAMI
STAJYER ÖĞRENCİ DEVAM ÇİZELGESİ

Öğrencinin

Adı, Soyadı :
Programı :

Numarası :

GÜN	STAJ TARİHİ	GİRİŞ SAATİ	İMZA	ÇIKIŞ SAATİ	İMZA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

Yukarıda kimliği yazılan öğrenci / /..... ile / /..... tarihleri arasında, iş günlük stajını tamamlamıştır.

İşyeri yetkilisi
imza-mühür