

UNIWERSYTET ZIELONOGÓRSKI

Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu

ul. Zyty 28, 65-046 Zielona Góra

SPRAWOZDANIE Z PRZEBIEGU PRAKTYKI ZAWODOWEJ STUDENTÓW

na kierunku.....

w roku akademickim

Lp.	Nazwisko i imię studenta	Nr albumu	Rok studiów	Nazwisko opiekuna praktyki w placówce	Miejsce odbywania praktyk; dokładna nazwa i adres instytucji	Termin odbycia praktyki	Ocena z praktyki	Podpis Koordynatora praktyki

.....
Podpis Koordynatora praktyk.....
Podpis Dziekana