

SZKOŁA POLICEALNA OPIEKI MEDYCZNEJ „ŻAK” W PUŁAWACH

Kierunek:

Semestr

Rok szkolny

DZIENNIK PRAKTYK

.....
Imię i nazwisko

.....
Nazwa Zakładu Pracy

Termin realizacji praktyk:

Opinia opiekuna o przebiegu praktyki

Ocena*):.....

*)celujący, bardzo dobry, dobry, dostateczny, dopuszczający

KARTA PRAKTYK

[illegible]