|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تاریخ حضور | نام گروه  | نام و نام خانوادگی  | ساعت ورود | ساعت خروج | توضیحات مربوط به عدم حضور دانشجو | تاریخ و ساعت روز جبرانی | امضای دانشجو |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

فرم حضور و غیاب دانشجویان کارآموزی در عرصه در بیمارستان .................................

امضاء و تایید مربی: