

LISTA OBECNOŚCI PRAKTYKANTA

Miesiąc: rok:				
Dzień miesiąca	Godz. pracy		Podpis praktykanta	Ilość godz.
	od	do		
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

Nazwisko i imię:

Termin praktyki:

Oddział / Dział:

Kierunek:

Nazwa szkoły:

(podpis Kierownika Oddziału/ Pielęgniarki Oddziałowej)