

DZIENNIK PRAKTYKI ZAWODOWEJ W APTECE

logo wydziału
farmaceutycznego
uczelni medycznej
wydającej dziennik
praktyki zawodowej

Miejsce na zdjęcie

.....
(własnoręczny podpis)

wewnętrzna strona okładki nr 1 – strona 2

.....
(pieczęć wydziału)

Pan(i)

.....
(imię i nazwisko praktykanta)

urodzony(a) dnia

..... r.
(dzień, miesiąc, rok)

W

.....
(miejsce urodzenia)

.....
(data rozpoczęcia praktyki)

.....
(imię i nazwisko opiekuna)

.....
(data wystawienia dziennika)

.....
(podpis i pieczęć dziekana)

Część I

Tygodniowy wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez praktykanta

Data	Wyszczególnienie zajęć

.....
(pieczęć i podpis opiekuna)

Część II

Wykaz zaliczonych umiejętności określonych w programie praktyki

Wyszczególnienie umiejętności	Podpis opiekuna

Część III

Udział w posiedzeniach naukowo-szkoleniowych lub innych formach szkolenia

Nazwa, adres i pieczęć organizatora szkolenia	Temat szkolenia	Liczba godzin szkolenia	Data realizacji i podpis osoby prowadzącej szkolenie

Część V

.....
(pieczęć wydziału)

.....
(pieczęć apteki)

Pan(i)

.....
(imię i nazwisko praktykanta)

urodzony(a) dnia

.....
(dzień, miesiąc, rok)

..... r.

W

.....
(miejsce urodzenia)

ukończył(a) praktykę w aptece w okresie od do

w aptece

(nazwa i adres apteki)

.....
(data i podpis kierownika apteki)

.....
(data i podpis opiekuna praktyki)

.....
(data i podpis dziekana)