Wydział Medyczny Uniwersytet Rzeszowski
Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu

Pieczątka placówki miejsca realizacji zajęć

LISTA OBECNOŚCI NA PRAKTYKACH ZAWODOWYCH (PZ)

ROK AKADEMICKI ……/semestr…….

KIERUNEK: ……. **PRZEDMIOT:** …… **OGÓŁEM LICZBA GODZIN** ……

MIEJSCE PRAKTYK / ODDZIAŁ: ……..

OPIEKUN PRAKTYK :……

Lp.	**Data** / **Nazwisko i imię**												
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
Liczba godzin													