



**T.C.**  
**ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ**  
**Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu**  
**Optisyenlik Programı Başkanlığı**

**STAJ KOMİSYONU STAJ DEĞERLENDİRME BELGESİ**

ÖĞRENCİNİN ADI SOYADI :  
ÖĞRENCİ NO :  
STAJ ADI :  
STAJ YAPTIĞI KURUM :  
STAJ YAPTIĞI BİRİM :  
STAJ TARİHLERİ :

YUKARIDA ADI SOYADI, ÖĞRENCİ NUMARASI, STAJ ADI, STAJ YAPTIĞI KURUM, STAJ YAPTIĞI BİRİM VE STAJ YAPTIĞI TARİHLER BELİRTİLEN ÖĞRENCİ YAPMIŞ OLDUĞU STAJINDA ;

BAŞARILI (YETERLİ)DIR

BAŞARISIZ(YETERSİZ)DIR

**STAJ KOMİSYONU**

**İSİM**

**İMZA**

Optisyenlik Program Başkanı :

İlgili Öğretim Üyesi/Görevlisi :

Öğretim Elemanı/Üyesi :

OP FORM 5

Adres: Meşelik Yerleşkesi  
26480 Eskişehir

Tel : 0 222 229 03 35  
Fax : 0 222 229 16 77