

**PŘIHLÁŠKA NA ODBORNOU PRAXI**  
**ÚSTAV NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ FVP SU**  
**Pediatrické ošetřovatelství**

<b>AKADEMICKÝ ROK</b>	
<b>JMÉNO STUDENTA</b>	
<b>ROČNÍK STUDIA/FORMA, OBOR</b>	
<b>TERMÍN ODBORNÉ PRAXE</b>	
<b>ORDINACE, KLINIKA</b>	
<b>ABSOLVOVANÉ BOZP V UVEDENÉM ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ</b>	
<b>TERMÍN ODBORNÉ PRAXE</b>	
<b>ORDINACE, KLINIKA</b>	
<b>ABSOLVOVANÉ BOZP V UVEDENÉM ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ</b>	
<b>KONTAK NA STUDENTA</b>	
<b>TEL</b>	
<b>STUDENTSKÝ EMAIL</b>	
<b>DATUM</b>	
<b>PODPIS STUDENTA</b>	
<b>DORUČENO NA ODDĚLENÍ PRAXÍ</b>	