



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی درمانی استان زنجان

دانشکده پرستاری و مامایی زنجان فرم کارآموزی / کارورزی دانشجویان تحصیلات تکمیلی

بخش مربوط به دانشجو

ریاست محترم مرکز آموزشی / درمانی / بیمارستان
اینجانب به شماره دانشجویی دانشجوی رشته/گرایش ضمن
آگاهی از مقررات مربوط به کارآموزی، قصد گذراندن دوره کارآموزی واحد با کد درس را در
نیمسال اول دوم سال تحصیلی در بیمارستان شهر را دارم. تقاضا می شود با
درخواست اینجانب موافقت فرمایید.

امضاء و تاریخ دانشجو

بخش مربوط به مرکز آموزشی / درمانی / بیمارستان

ریاست محترم دانشکده پرستاری و مامایی زنجان
با سلام،
با احترام، بیمارستان موافقت خود را با انجام کارآموزی نامبرده در نیمسال اول دوم سال
تحصیلی ۱۴۰۰ - ۱۳۹۹ اعلام می دارد و بر انجام کمی و کیفی دوره کارآموزی نظارت کامل خواهد داشت.

مهر و امضای ریاست بیمارستان

بخش مربوط به مدیر گروه آموزشی

اینجانب مدیر گروه رشته با گذراندن دوره کارآموزی در بیمارستان مذکور
موافق هستم.

امضاء و تاریخ مدیر گروه آموزشی

بخش مربوط به استاد کارآموزی

اینجانب استاد کارآموزی درس با گذراندن دوره کارآموزی در بیمارستان مذکور
موافق هستم.

امضاء و تاریخ استاد کارآموزی

بخش مربوط به ارزشیابی کارآموزی

گواهی می شود، دانشجو خانم / آقای کارآموزی خود را به شرح ذیل، تحت نظارت مسئولین مربوطه در
بخش با موفقیت به اتمام رسانده است.

تعداد نوبت کاری کامل: جمع کل ساعت کارآموزی: نمره کارآموزی: (به عدد)

مهر و نام و نام خانوادگی و تاریخ
سوپروایزر آموزشی/درمانی بیمارستان

مهر و نام و نام خانوادگی و تاریخ
سرپرستار بخش کارآموزی

توجه: ارزشیابی دانشجو توسط سرپرستار بخش کارآموزی بر اساس فرم پیوست (ارزشیابی کارآموزی/کارورزی) انجام گردد.