

Потврда за изведена практична обука за болничко згрижување

Име и презиме на студентот _____

Број на индекс _____

Студиска година (I или II година) _____

Датум од - до	Содржина на обуката	Потпис на одговорното лице

Потврдувам дека студентот _____ редовно присуствуваше и активно учествуваше во реализација на предвидената програма за болничко згрижување.

Директор _____

Печат на институцијата