|  |
| --- |
|   |
| Rok akademicki:  |

**DZIENNIK PRZEBIEGU PRAKTYKI W APTECE SZPITALNEJ**

 **NA KIERUNKU FARMACJA**

|  |
| --- |
| Imię i nazwisko studenta: |
| Rok i semestr studiów: |
| Termin realizacji praktyki: |
| Nazwa i adres apteki: |
| Imię i nazwisko opiekuna praktyki w aptece: |
| **Data** | **Liczba godzin** | **Realizowane zadania**(z wyszczególnienie i omówieniem realizowanych zajęć/zadań) | **Uwagi** |
|  |  |  |  |

……………………………………………………………. ………………………………………………………….

Pieczęć apteki, podpis kierownika apteki Podpis opiekuna praktyki w aptece