|  |
| --- |
|  |
| 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