

**GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON BÖLÜMÜ**

**MESLEKİ UYGULAMA / KLİNİK ÇALIŞMA**

 **YÜRÜTÜCÜSÜ GERİBİLDİRİM FORMU**

|  |
| --- |
| **KURUM BİLGİLERİ** |
| **Kurum Adı** |  |
| **Servis / Birim:** |  |
| **MESLEKİ UYGULAMA / KLİNİK ÇALIŞMA YÜRÜTÜCÜSÜ** |
| **Adı Soyadı:** |  |
| **İletişim (E-posta / Telefon):** |  |

**1. Klinik Uygulama Sürecine Dair Gözlemleriniz ve Öğrencilerin Geliştirilmesi Gereken Yönleri**

*(Öğrencilerin mesleki bilgi, beceri ve tutumları açısından genel değerlendirme)*

|  |
| --- |
|  |

**2. Önümüzdeki Döneme İlişkin Önerileriniz / Beklentileriniz ve Eklemek İstediğiniz Diğer Görüşler**

|  |
| --- |
|  |
| **Tarih:** | **İmza:** |