|  |
| --- |
| **STAJ YAPILACAK KURUMUN BEYANI**Yukarıda adı geçen öğrencinin kurumumuzda …./…./….. - …./…./…. tarihleri arasında 30 iş günü, staj yapması uygundur. Öğrencinin izin günü/leri ................. olup, değişiklikler Staj Sorumlusuna iletilecektir.  |
| **Kurumun Adı ve Adresi** |  |
| **Üretim/Hizmet Alanı** |  | **Telefon No/ Faks No** |  |
| **İşveren veya Yetkilinin** **Adı Soyadı** |  | **Görev ve Ünvanı** |  |
| **Stajdan sorumlu Yetkilinin Adı Soyadı,**  |  | **Görev ve Ünvanı** |  |
| **Yetkili e-posta adresi** |  |  …./..../….. İmza / Kaşe |