



فرم جابجایی کشیک دستیاری / کارورزی

نام و نام خانوادگی متقاضی:	
بخش:	ماه:
تاریخ کشیک متقاضی:	
نام و نام خانوادگی جانشین:	
تاریخ کشیک جانشین:	

مهر و امضای متقاضی

۱. جانشین (موافقت می شود). مهر و امضا	۲. مدیر گروه / دستیار ارشد (موافقت می شود). مهر و امضا
۳. دفتر پرستاری (ثبت شد). مهر و امضا	۴. معاون آموزشی مرکز مهر، امضا، تاریخ

تکمیل شده این فرم باید حداقل ۴۸ ساعت قبل از کشیک به دفتر آموزش تحویل داده شود.