

NEMOCNICE PELHŘIMOV
příspěvková organizace
Slovanského bratrství 710
393 38 Pelhřimov

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ ODBORNÉ PRAXE v Nemocnici Pelhřimov, příspěvkové organizaci

Jméno, příjmení:

Datum narození:

Trvané bydliště:

Mobil:

e-mail:

Název a adresa školy:

.....
.....

Studijní obor:

Ročník:

POŽADOVANÁ PRAXE:

Termín stáže/praxe od - do:	Oddělení nemocnice	Praxe dojednána s kým

V, dne

.....
podpis studenta