



## POTVRZENÍ O PRAXI

Název zdravotnického zařízení*			
Oddělení*			
Adresa zdravotnického zařízení			
Jméno studenta*			
Narozen dne*			
Název předmětu*		Kód předmětu*	
Datum trvání praxe*		Celkový rozsah praxe (v hodinách)*	
Náplň pracovní činnosti*			
Hodnocení studenta vedoucím praxe			
Jméno vedoucího praxe*			
Datum*			
Razítko zdravotnického zařízení/podpis vedoucího praxe*			

\* Povinná položka