УТВЕРЖДАЮ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность руководителя базы стажировки)

учреждения «Гомельский областной клинический онкологический диспансер»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата)

**ОТЧЕТ О СТАЖИРОВКЕ**

Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) лица, проходящего стажировку

База стажировки учреждение «Гомельский областной клинический онкологический диспансер»

Период прохождения стажировки с 202 по 202 .

Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) руководителя стажировки

Количественные и качественные показатели выполненной стажером работы (участие в хирургических операциях, ассистирование на хирургических операциях, выполнение врачебных манипуляций, исследований, лечебно-диагностических процедур и др.):

\_\_\_\_202\_\_г.

Стажер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка подписи)

СОГЛАСОВАНО

Руководитель стажировки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка подписи)