

.....
Imię i nazwisko

Pieczętka Oddziału

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL

.....
Tel. kontaktowy

MIESIĘCZNA EWIDENCJA DYŻURÓW LEKARZA STAŻYSTY

Miesiąc

Ilość dyżurów	Data dyżuru	Dyżur 5 godz.+5 godz. i 5 min. lub 1x10 godz. i 5 min.	Godz. rozpoczęcia dyżuru	Godz. zakończenia dyżuru	Podpis i pieczętka lekarza nadzorującego dyżur/ opiekuna stażu cząstkowego
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

.....
Podpis i pieczętka koordynatora stażu podyplomowego