**NEMOCNICE STRAKONICE, a. s.**

Radomyšlská 336

386 29 Strakonice

**ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ ODBORNÉ PRAXE**

V NEMOCNICI STRAKONICE, a. s.

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno, příjmení** |  |
| **Datum narození** |  |
| **Trvalé bydliště** |  |
| **Mobilní telefon** |  |
| **E-mail** |  |
| **Název školy** |  |
| **Adresa školy** |  |
| **Studijní obor** |  |
| **Ročník** |  |

**POŽADOVANÁ PRAXE:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **datum od - do** | **oddělení nemocnice** | **praxe dojednána s kým** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

V ………………………… dne …………………….

……..…………………………..........

student