АКТ перевірки бази практики На базі_____ (найменування лікувально-профілактичного закладу) перевірку проводив викладач коледжу_____ _____ (вказати посаду) На виробничій, переддипломній практиці знаходяться студенти _____ курсу спеціальності “Сестринська справа”, “акушерська справа.” Дата перевірки _____ Розміщення здобувачів освіти на робочих місцях в день перевірки. № п/п П.І.П. Відділення № п/п П.І.П. Відділення 1. 19 2. 20 3. 21 4. 22 5. 23 6. 24 7. 25 8. 26 9. 27 10. 28 11. 29 12. 30 13. 31 14. 32 Виконання програми виробничої, переддипломної практики _____

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____ Робота проведена на базі практики методичним керівником

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____ Зауваження методичного керівника практики

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____ Зауваження представника лікувально-профілактичного закладу

_____
_____
_____
_____

_____
_____
_____
_____
_____
_____ М.П. _____
Підпис представника коледжу _____Підпис представника лікувального закладу