

ФГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ»

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

ДНЕВНИК

Производственной практики студента стоматологического факультета

ФАМИЛИЯ

ИМЯ

ОТЧЕСТВО

КУРС

ГРУППА

МЕСТО ПРОХОЖДЕНИЯ ПРАКТИКИ

(город, лечебное учреждение, адрес, телефон)

Время прохождения практики:

С «__» _____ 201_г. по «__» _____ 201_г.

Руководитель практики

от университета: /зав. каф Карлаш А.Е./ _____ должность, Ф.И.О.

Руководитель практики

От лечебного учреждения: _____ должность, Ф.И.О.

г. Курск – 20__г.