**Potvrzení o vykonání ošetřovatelské praxe**

akademický rok**:**

Jméno a příjmení............................................................................... ročník ...............................

Bydliště .............................................................................................. PSČ .................................

FN Plzeň potvrzuje, že uvedený(á) student(ka) absolvoval(a) ošetřovatelskou praxi v době:

od ........................................ do ........................................

počet odpracovaných dní ..................................................

na oddělení....................................................................... Stomatologické kliniky FN Plzeň.

..........................................................................................

podpis a razítko vrchní sestry kliniky