



UNIVERZITA KARLOVA
Lékařská fakulta v Plzni
alej Svobody 76
323 00 Plzeň

IČO: 002 16 208

PŘIHLÁŠKA K PRAKTICKÉ ZKOUŠCE ZPRÁVA O PRAKTICKÉ ZKOUŠCE

PŘIJMENÍ A JMÉNO STUDENTA

číslo ISIC/indexu

studijní skupina

STUDIJNÍ OBOR

Ročník

AKADEMICKÝ ROK

PODPIS STUDENTA

všeobecné lékařství

zubní lékařství

ZÁZNAM O VYKONANÉ ZKOUŠCE (VYPLŇUJE ZKOUŠEJÍCÍ)

ZUŠEBNÍ TERMÍN

DATUM ZKOUŠKY

PROSPĚCH

JMÉNO A PODPIS ZKOUŠEJÍCÍHO

ZUŠEBNÍ TERMÍN
ŘÁDNÝ TERMÍN
1. OPRAVNÝ TERMÍN
2. OPRAVNÝ TERMÍN

DATUM ZKOUŠKY	PROSPĚCH

JMÉNO A PODPIS ZKOUŠEJÍCÍHO



UNIVERZITA KARLOVA /
CHARLES UNIVERSITY -
FACULTY OF MEDICINE IN
PISEN

alej Svobody 76
323 00 Pilsen

IČO: 002 16 208

APPLICATIN FOR THE PRACTICAL EXAM EXAMINATION RECORD

STUDENT'S NAME

ISIC/ index

GROUP

General Medicine Course

Year of study

Academic year

Student signature

Dentistry Course

EXAMINATION RECORD (TO BE COMPLETED BY THE EXAMINER)

TERM

DATE

RESULT

Examiner's signature

TERM
Regular
1 st reexamination
2 nd reexamination

DATE	RESULT

Examiner's signature