**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