**Hallgatói minősítő lap**

**Gyógyszertár neve, címe:------------------------------------------------------------------------------**

**Oktató gyógyszerész neve:-----------------------------------------------------------------------------**

**A hallgató neve:-----------------------------------------------------------------------------------------**

**A szakmai gyakorlat időtartama:--------------------------------------------------------------------**

**A hallgató minősítése ( a megfelelő bekarikázandó):**

**jól megfelelt**

**megfelelt**

**nem felelt meg**

**Rövid szöveges értékelés:**

**Dátum:-----------------------------------------------------------------------**

**Aláírás:-----------------------------------------------------------------------**

**Pecsét --------------------------------------------------------------------------**