



DEBRECENI EGYETEM
GYÓGYSZERÉSZTUDOMÁNYI KAR



IGAZOLÁS
gyógyszertári gyakorlat letöltéséről

Hivatalosan igazolom, hogy intézményünkben

.....

(gyógyszerertár neve, címe)

.....(hallgató neve) évf. gyógyszerészhallgató

201..(hónap) (nap) – 201...(hónap) (nap)

között gyógyszerertári nyári gyakorlatát sikeresen teljesítette.

Kelt:

.....

Intézményi aláírás
PH.