…/ … / 20..

Sayın İlgili,

Aşağıda adı soyadı ve okul numarası yazılı lisans öğrencimizin en az 20 iş günü Temel Meslek/Uzmanlık Alan stajı yapması gerekmektedir. Adı geçen öğrencinin zorunlu stajını kurumunuzda yapmasını uygun görüyorsanız lütfen ekteki formu doldurup bize iletiniz.

Öğrencilerimize kurumunuzda staj imkanı sağlayarak mesleki gelişimlerine önemli bir katkı sağlamanız dolayısıyla öğrencilerimiz adına teşekkür eder, iyi çalışmalar dileriz.

|  |
| --- |
| **Doç. Dr. Mahmut TENRUH** |
| Elektrik-Elektronik Mühendisliği Bölümü |
| Staj Komisyonu Başkanı |
|  |

|  |
| --- |
| **Öğrencinin** |
| **Adı−Soyadı** |  |
| **Numarası** |  |