

Pediatrica

IV rok

Grupa ćwiczeniowa nr _____

Grupa wykładowa nr _____

Grupa seminaryjna nr _____

Karta zaliczenia studenta

Imię i nazwisko _____

pulmonologia

ćwiczenie nr	data	podpis
1		
2		
3		
4		
zaliczenie data		
ocena		
podpis prowadzącego		

kardiologia

ćwiczenie nr	data	podpis
1		
2		
3		
4		
zaliczenie data		
ocena		
podpis prowadzącego		

choroby zakaźne

seminarium nr	data
1	
2	
3	
zaliczenie data	
ocena	
podpis prowadzącego	

gastroenterologia

ćwiczenie nr	data	podpis
1		
2		
3		
4		
zaliczenie data		
ocena		
podpis prowadzącego		

neonatologia

ćwiczenie nr	data	podpis
1		
2		
3		
4		
zaliczenie data		
ocena		
podpis prowadzącego		

hematologia

ćwiczenie nr	data	podpis
1		
2		
3		
4		
zaliczenie data		
ocena		
podpis prowadzącego		

endokrynologia

ćwiczenie nr	data	podpis
1		
2		
3		
4		
zaliczenie data		
ocena		
podpis prowadzącego		