Universum International College
Powered by Arizona State University®

Spitali/Klinika:_____
Komuna:_____
Mbikëqyrësi/ja:_____
Studenti:_____
Data: _____

Puna praktike									
Nr	**Data**	**Emri dhe mbiemri**	**Viti i studimeve**	**Ora e fillimit te praktikes**	**Ora e perfundimit te praktikes**	**Çështja I**	**Çështja II**	**Shënim tjetër**	**Nënshkrimi i Mbikeqyresit**
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									

10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									