**Частное учреждение профессиональная образовательная организация**

**Фармацевтический колледж «Новые знания»**

**Д Н Е В Н И К**

**прохождения производственной практики**

по профессиональному модулю

**ПМ 05. ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЭКСТРЕННОЙ ФОРМЕ**

Специальность **34.02.01 Сестринское дело**

Студента(ки)\_\_\_\_\_\_\_\_ курса \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_группы

форма обучения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(очная, очно-заочная)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО)*

Место проведения практики (организация) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*наименование организации, юридический адрес*

Период прохождения практики с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. по «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

Москва 20\_\_

**Учет выполняемой работы**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание выполненных работ согласно программе практики | Оценка  | Подпись руководителя практики от организации |
|  |  |  |  |
|  | … |  |  |
|  | … |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Дневник заполнил:

обучающийся \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_»\_\_20\_ г.

*(подпись) (И.О. Фамилия) (дата)*

Дневник проверил:

Руководитель практики от предприятия (организации)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_»\_\_20\_ г.

*(уч. степень, уч. звание, должность) (подпись) (И.О. Фамилия) (дата)*

Руководитель практики от образовательной организации

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_»\_\_20\_ г.

*(уч. степень, уч. звание, должность) (подпись) (И.О. Фамилия) (дата)*