

WYŻSZA SZKOŁA MEDYCZNA W BIAŁYMSTOKU
Zakład Pielęgniarstwa
Kierunek: Pielęgniarstwo

LISTA OBECNOŚCI STUDENTÓW

Centrum Symulacji Medycznej (CSM)

z przedmiotu: _____

Data (dzień- miesiąc-rok) obecności w CSM: _____

Rok / semestr / tryb studiów (stacjonarny / niestacjonarny / pomostowy): _____

Numer grupy: _____

lp.	imię (imiona) i nazwisko
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	

**podpis nauczyciela akademickiego
realizującego przedmiot w CSM**