**FİRMA İSMİ :**

**FİRMA TELEFONU :**

**FİRMA FAX. :**

**FİRMA ADRESİ :**

**FİRMA WEB ADRESİ :**

**FİRMA STAJ YETKİLİSİNİN**

**ADI VE SOYADI :**

**E-MAİL ADRESİ :**

**FİRMANIN TANITIM BİLGİLERİ :**

**FİRMANIN FALİYET ALANI :**

**FİRMDA SGK’LI OLARAK**

**ÇALIŞAN KİŞİ SAYISI :**

 **KONFEKSİYON DİĞER ………………………………………………...**

**STAJIN BAŞLANGIÇ VE BİTİŞ TARİHİ:**   *16 TEMMUZ 2025 – 12 AĞUSTOS 2025*

**STAJ SÜRESİ:** 20 İş Günü

Yüksekokulunuzun …………….………………..…………………………… Programı ………..……………. numaralı ………………………………………… .isimli öğrencinizin yaz stajını firmamızda yapmasını kabul ediyoruz.

**Danışman Onayı**  **Firma Kaşe ve İmza**