

Дата	Дни недели	Место практики/отдел	Содержание выполняемых работ
	Понедельник		
	Вторник		
	Среда		
	Четверг		
	Пятница		

Характеристика выполняемых работ практиканта руководителем практики, назначенным организацией.

Подпись руководителя практики _____
/заверенная печатью/

Дата	Дни недели	Место практики/отдел	Содержание выполняемых работ

	Понедельник		
	Вторник		
	Среда		
	Четверг		
	Пятница		

Замечания и предложения студента
по прохождению практики

Подпись студента _____