

Szablon- grafik terapeuty Dział Rehabilitacji/Ośrodek Rehabilitacji Diennej/ Oddziały Szpitalne

Imię i nazwisko:

Godz.	Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek
07:30:00					
07:45:00					
08:00:00					
08:15:00					
08:30:00					
08:45:00					
09:00:00					
09:15:00					
09:30:00					
09:45:00					
10:00:00					
10:15:00					
10:30:00					
10:45:00					
11:00:00					
11:15:00					
11:30:00					
11:45:00					
12:00:00					
12:15:00					
12:30:00					
12:45:00					
13:00:00					
13:15:00					
13:30:00					
13:45:00					
14:00:00					
14:15:00					
14:30:00					
14:45:00					
15:00:00					
15:15:00					
15:30:00					
15:45:00					
16:00:00					
16:15:00					
16:30:00					
16:45:00					
17:00:00					
17:15:00					
17:30:00					
17:45:00					
	PKT FIZ. AMB	PKT FIZ. AMB	PKT FIZ. AMB	PKT FIZ. AMB	PKT FIZ. AMB
	PKT FIZ. AMB NIEP.	PKT FIZ. AMB NIEP.	PKT FIZ. AMB NIEP.	PKT FIZ. AMB NIEP.	PKT FIZ. AMB NIEP.
	ORD PKT	ORD PKT	ORD PKT	ORD PKT	ORD PKT
	ORD PKT NIEP.	ORD PKT NIEP.	ORD PKT NIEP.	ORD PKT NIEP.	ORD PKT NIEP.

.....
(podpis terapeuty)