

INTYG

över godkända lärandemoment i enlighet med målbeskrivningen avseende
KURS

Avsedd specialistkompetens

Delmål eller, i förekommande fall, del av delmål i målbeskrivningen som avses (ange nummer)

--

Kursens namn

--

Kort beskrivning av kursens innehåll (max. 20 ord)

--

Kurstid fr.o.m. – t.o.m.

--

Att legitimerade läkaren

Namn	Personnummer
------	--------------

har genomgått och godkänts på ovanstående kurs
intygas av undertecknad kursledare

Specialitet (i förekommande fall)		
Ort	Tjänsteställe	Datum
Namnunderskrift		
Namnförtydligande		