

ANMÄLAN TILL utbildningsstart för subspecialisering inom Reproduktionsmedicin

Sökande

Förnamn _____ Efternamn _____

Personnummer _____ - _____

Adress _____

Läkarexamen (Datum) _____

Läkarlegitimation (Datum) _____

Utbildningscentrum _____

Verksamhetschef _____

E-postadress _____

Verksamhetschefens intyg

Undertecknad verksamhetschef intygar att ovanstående specialistläkare ges möjlighet till utbildning inom Reproduktionsmedicin på sjukhuset/kliniken:

Fr.o.m _____ Utbildning sker på: Heltid () Deltid i procent (%)

Utbildningen kommer att genomföras i enlighet med SFOGs regler för subspecialisering inom Reproduktionsmedicin och examen planeras i slutet av utbildningen. Verksamhetschefen ansvarar för utbildningen, tillsammans med handledaren.

Handledare: _____

E-postadress: _____

Utbildningen kommer

Helt att hållas på _____ sjukhus/kliniken

Hållas på _____ sjukhus/kliniken tillsammans med

_____ sjukhus/kliniken (bifogas brev annat utbildningscentrum)

Verksamhetschefen intygar att sjukhus som utses för utbildning har den nödvändiga erfarenheten och patientvolymen för utbildningen.

Årlig rapport om utbildningen kommer att skickas till Fert-ARG/SFOG tillsammans med kopior av ifylld loggbok.

Eventuella ändringar i utbildningsplaneringen ska rapporteras till Fert-ARG/SFOG så snart som möjligt.

Bifogas:

Sökandes CV ()

Specialistbevis ()

Brev annat utbildningscentrum ()

Underskrifter:

Sökande: _____

Ort: _____ Datum: _____

Verksamhetschef: _____

Ort: _____ Datum: _____

Blanketten skickas i original till Fert-ARGs ordförande för vidarebefordran till SFOGs utbildningssekreterare

Kopior: Verksamhetschef, Handledaren, Sökande