

ANMÄLAN av utbildningstart för subspecialisering inom reproduktionsmedicin

Sökande

Förnamn _____ Efternamn _____

Personnummer _____ - _____

Adress _____

Läkarexamen (Datum) _____

Läkarlegitimation (Datum) _____

Specialistexamen - Obstetrik o Gynekologi (Datum) _____

Utbildningscentrum _____

_____ Verksamhetschef _____

Verksamhetschefens intyg

Undertecknad verksamhetschef intygar att ovanstående specialistläkare ges möjlighet till utbildning inom reproduktionsmedicin på sjukhuset/kliniken _____

fr.o.m. _____. Utbildningen sker på: heltid [] deltid [] (_____%)

Utbildningen kommer att genomföras i enlighet med SFOG:s regler för subspecialisering inom reproduktionsmedicin, och examen planeras i slutet av utbildningen. Verksamhetschefen ansvarar för utbildningen, tillsammans med handledaren _____

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 _____

• Handledare _____

ort _____ datum _____

• Verksamhetschef _____

ort _____ datum _____

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

Kopior: Verksamhetschefen, Handledaren, Sökanden