

## ANSÖKAN till examen efter utbildning 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 har genomgått utbildning i reproduktionsmedicin vid sjukhuset/kliniken \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ under perioden \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Utbildningen har genomförts i enlighet med SFOG:s regler och riktlinjer för subspecialisering inom reproduktionsmedicin.

Verksamhetschefen har hört sökande och handledaren, \_\_\_\_\_

Verksamhetschefen har granskat loggboken och intygar att den sökande är beredd att genomgå tentamen.

**Bifogas (alla dokument som bedöms viktiga för sökandes examinering):**

[ ] Sökandes CV [ ] \_\_\_\_\_

[ ] Kopior av ifylld loggbok [ ] \_\_\_\_\_

[ ] ev publikationer [ ] \_\_\_\_\_

**Underskrifter:**

• Sökande \_\_\_\_\_

ort \_\_\_\_\_ datum \_\_\_\_\_

• Handledare \_\_\_\_\_

ort \_\_\_\_\_ datum \_\_\_\_\_

• Verksamhetschef \_\_\_\_\_

ort \_\_\_\_\_ datum \_\_\_\_\_

Blanketten skickas till Fert-ARGs ordförande, som kontaktar examinationskommittén:

1. SFOGs utbildningsekreterare
2. Fert-ARGs ordförande, eller av denna delegerad.