**ANMÄLAN TILL utbildningsstart för subspecialisering inom Reproduktionsmedicin**

**Sökande**

Förnamn och Efternamn:

Personnummer (ÅÅMMDD-XXXX):

Adress:

Läkarexamen (Datum):

Läkarlegitimation (Datum):

Specialistexamen – Obstetrik o Gynekologi (Datum):

Utbildningscentrum:

Verksamhetschef:

E-postadress:

**Verksamhetschefens intyg**Undertecknad verksamhetschef intygar att ovanstående specialistläkare har genomgått utbildning i
reproduktionsmedicin vid sjukhuskliniken:

Under perioden:

**Utbildningen har genomförts i enlighet med SFOGs 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 ( )

Kopia av ifylld loggbok ( )

Ev publikationer ( )

**Underskrifter:**

Sökande:

Ort: Datum:

Verksamhetschef:

Ort: Datum:

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

1. SFOGs utbildningssekreterere
2. Dert-ARGs ordförande eller av denna delegerad