

ANMÄLAN TILL utbildningsstart för subspecialisering inom Reproduktionsmedicin

Sökande

Förnamn och Efternamn:

Personnummer (ÅÅMMDD-XXXX):

Adres:

Examen (Datum):

Läkarlegitimation (Datum):

Utbildningscentrum:

Verksamhetschef:

E-postadress:

Verksamhetschefens intyg

Undertecknad verksamhetschef intygar att ovanstående specialtläkare 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 planers i slutet av utbildningen. Verksamhetschefen ansvar 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 Marie Bixo/SFOG tillsammans med kopior av ifylld loggbok.

Eventuella ändringar i utbildningsplaneringen ska rapporteras till Marie Bixo/SFOG så snart som möjligt.

Bifogas:

Sökandes CV ()

Utbildnings och forskningsplan ()

Specialistbevis ()

Brev annat utbildningscentrum ()

Underskrifter:

Sökande:

Ort:

Datum:

Verksamhetschef:

Ort:

Datum:

Blanketten skickas i original kansliet@sfog.se för vidarebefordran till SFOGs Fortbildningssekreterare

Kopior: Verksamhetschef, Handledaren, Sökande