



ANMÄLAN TILL utbildningsstart för subspecialisering inom Fostermedin

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 Fostermedicin på sjukhuset/kliniken:

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

Utbildningen kommer att genomföras i enlighet med SFOGs regler för subspecialisering Fostermedicin 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

Se nästa sida..



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

Årlig rapport om utbildningen kommer att skickas till SFOG/Jan Brynhildsen tillsammans med kopior av ifylld loggbok.

Eventuella ändringar i utbildningsplaneringen ska rapporteras till SFOG/Jan Brynhildsen 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 till SFOG (kansliet@sfog.se) för vidarebefordran till SFOGs Fortbildningssekreterare

Kopior: Verksamhetschef,Handledaren, Sökande