

## ANMÄLAN TILL utbildningsstart för subspecialisering inom Reproduktionsmedicin

### 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 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 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)

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 ( )

Plan för klinisk och vetenskaplig utbildning ( )

**Underskrifter:**

Sökande: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Verksamhetschef: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

***Blanketten skickas i original till SFOG (kansliet@sfog.se) för vidarebefordran till SFOGs utbildningssekreterare***

Kopior: Verksamhetschef, Handledaren, Sökande