

ANSÖKAN OM EXAMEN efter subspecialisering inom Reproduktionsmedicin

Sökande

Förnamn:

Efternamn:

Personnummer:

Gatuadress:

Postnummer:

Ort:

E-postadress:

Arbetsplats/klinik:

Verksamhetschef:

E-postadress (verks. chef):

Handledare:

E-postadress (handledare):

Undertecknad verksamhetschef intygar att ovanstående specialistläkare har fullgjort utbildning för subspecialisering i Reproduktionsmedicin vid (sjukhus/klinik):

Eventuellt annat utbildningscentrum:

Utbildningen har ägt rum under perioden:

Utbildningen har genomförts i enlighet med SFOGs regler och riktlinjer för subspecialisering inom reproduktionsmedicin. Verksamhetschefen har granskat loggboken och intygar att den sökande är beredd att genomgå tentamen.

Verksamhetschefen har hört sökande och handledaren (datum):

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

Kopia av ifylld loggbok

Ev publikationer

Annat (ange vad):

Kommentarer:

Underskrifter:

Sökande: _____

Ort:

Datum:

Verksamhetschef: _____

Ort:

Datum:

Blanketten fylls i digitalt, skrivs ut, signeras och scannas. Den skickas sedan som PDF med e-post till:
- Fert-ARG:s ordförande och sekreterare, med kopia till
- SFOGs fortbildningssekreterare

Se sfog.se för aktuella e-postadresser