

ANMÄLAN TILL UTBILDNINGSTART för subspecialisering inom Reproduktionsmedicin

Sökande

Förnamn:

Efternamn:

Personnummer:

Gatuadress:

Postnummer:

Ort:

E-postadress:

Läkarlegitimation (datum):

Specialistexamen (datum):

Arbetsplats/klinik:

Verksamhetschef:

Undertecknad verksamhetschef intygar att ovanstående specialistläkare ges möjlighet till utbildning inom Reproduktionsmedicin fr.o.m:

Utbildningen sker på: heltid deltid (ange %) %

Utbildningen kommer att genomföras i enlighet med SFOGs regler för subspecialisering inom Reproduktionsmedicin och examen planeras i slutet av utbildningen. Verksamhetschefen tillsammans med handledaren ansvarar för utbildningen.

Handledare:

E-postadress:

Utbildningen kommer

Helt att hållas på:

sjukhus/klinik

Hållas på:

sjukhus/klinik

tillsammans med:

Ange det andra utbildningscentrumet (sjukhus/klinik) och bifoga brev/intyg därifrån.
Ange eventuella kommentarer.

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

Utbildningsplan / forskningsplan

Kopia av specialistbevis

Brev/intyg från annat utbildningscentrum

Underskrifter:

Sökande: _____

Ort:

Datum:

Verksamhetschef: _____

Ort:

Datum:

Blanketten fylls i digitalt, signeras och skickas elektroniskt per e-post, tillsammans med bilagor i en PDF fil, till Fert-ARGs ordförande och sekreterare samt till SFOGs fortbildningssekreterare

Kopior: verksamhetschef, handledare, sökande