Återställ formulär

Bilaga:

INTYG

över godkända lärandemoment i enlighet med målbeskrivningen avseende KURS

Avsedd specialistkompetens

Delmål eller, i förekommande fall, del av delmål i målbeskrivningen som avses (ange nummer)

Kursens namn

Kort beskrivning av kursens innehåll (max. 20 ord)

Kurstid fr.o.m. – t.o.m.

Att legitimerade läkaren

Namn	Personnummer

har genomgått och godkänts på ovanstående kurs
intygas av undertecknad kursledare

Specialitet (i förekommande fall)		
Ort	Tjänsteställe	Datum
Namnunderskrift		
Namnförtydligande		