



Subspecialiseringsuddannelse

Del I

Ansøgningskema

Udfyldes inden opstart af certificeret træning

1. Ansøger:

| | | |
|---|--|---------|
| Navn på ansøger | | |
| Fødselsdato (dd/mdr/år) | | |
| Dato for speciallægeanerkendelse i gyn-/obst. | | |
| Privat telefonnummer: | | E-mail: |

2. Ansættelsesforhold under subspecialiseringen:

| | | |
|--|--|-------|
| Ansættelsessted primære Hospital | | |
| Adresse | | |
| Telefonnummer | | Email |
| Ekstern afdeling/Hospital (højtspecialiseret afdeling) | | |
| Adresse | | |
| Telefonnummer | | Email |

3. Vejleder samt mentor under subspecialiseringen:

| | | |
|----------------------------------|--|--------------|
| Vejleder primære Hospital | | |
| Telefonnummer | | Email |
| Mentor Eksterne afdeling | | |
| Telefonnummer | | Email |

Beregnet periode for subspecialiseringen:

| | |
|-------------|-------------|
| Fra: | Til: |
|-------------|-------------|

Erklæring på at ansøger vil følge det foreslåede program:

Sted:

Dato:

Signatur ansøger

Sted:

Dato:

Signatur hovedvejleder

Sted:

Dato:

Signatur co-vejleder

Bilag,
herunder dokumentation for økonomisk dækning

Sted:

Dato:

Signatur afdelingsledelse