

*Subspecialiseringsuddannelse*

***i onkogynækologi***

**Del I**

**Ansøgningsskema**

Udfyldes inden opstart af certificeret træning

1. **Ansøger:**

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

1. **Ansættelsesforhold under subspecialiseringsuddannelsen:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ansættelsessted primær hospital** |  |
| **Addresse** |  |
| **Telefon nummer** |  | **Email** |
| **Ekstern afdeling/hospital****(højtspecialiseret afdeling)** |  |
| **Addresse** |  |
| **Telefon nummer** |  | **Email** |

1. **Vejleder samt mentor under subspecialiseringsuddannelsen:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Vejleder primær Hospital** |  |
| **Telefon nummer** |  | **Email** |
| **Mentor Ekstern afdeling** |  |
| **Telefon nummer** |  | **Email** |

**Beregnet periode for subspecialiseringsuddannelsen:**

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

Erklæring på at ansøger vil følge det foreslåede program:

Sted: Dato: Sted: Dato:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Underskrift ansøger Underskrift hovedvejleder