

*Subspecialiseringsuddannelse*

**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 telefonnummer:** |  |  **E-mail:** |

1. **Ansættelsesforhold under subspecialiseringen:**

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

1. **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: Sted: Dato:

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

 Signatur ansøger Signatur hovedvejleder

Sted: Dato:

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

 Signatur co-vejleder

Bilag,

herunder dokumentation for økonomisk dækning

Sted: Dato:

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

 Signatur afdelingsledelse