[](http://www.google.dk/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi959rxrcTZAhVTa8AKHQLfA5cQjRx6BAgAEAY&url=http://www.dsog.dk/&psig=AOvVaw3rhoc4X1GdLOacNdns1to6&ust=1519761182969666)

*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