

II Yliopistosairaalan palvelu

Palvelupaikka	aikaväli	kesto (v,kk,pv)
Hyväksyttävä palvelu yhteensä		

III Yliopistosairaalan ulkopuolinen palvelu

Palvelupaikka	aikaväli	kesto (v,kk,pv)
Hyväksyttävä palvelu yhteensä		

IV SÄTEILYSUOJELUKOULUTUS SUORITETTU

suoritusajankohta ____ / ____ / ____

V ERIKOISHAMMASLÄÄKÄRIKUULUSTELU

suoritusajankohta ____ / ____ / ____

Osoite, johon päätös/ todistus postitetaan:

Puhelinnumero virka-aikaan: _____

paikka ja aika

allekirjoitus

Liitteeksi: Nimikirjanote tai palvelutodistukset
Selvitykset teoreettisesta koulutuksesta
Päätös erikoishammaslääkärikuulustelun suorittamisesta
Todistus sivuosa-alueiden kuulustelun suorittamisesta
Koulutuksen vastuuhenkilön hyväksymispäätös