



REKISTERÖITYMINEN ERIKOISLÄÄKÄRIN LISÄKOULUTUSOHJELMAAN

Lisäkoulutusohjelma	
Erikoislääkärin tutkinto/ erikoisala	pvm
Yliopisto, jossa tutkinto suoritettu *	
* Mikäli erikoislääkärin tutkinto suoritettu muualla kuin Turun yliopistossa, rekisteröitymislomakkeen liitteeksi kopio erikoislääkärin tutkintotodistuksesta.	
Koulutettavaa koskevat tiedot	
Nimi	
Sotu	
Lähiosoite	
Postitoimipaikka	
Puhelin virka-aikaan	
Sähköposti	
Koulutusta koskevat tiedot	
Koulutuksen aloittamisajankohta	
Hakijan allekirjoitus	
_____ / _____ 20_____	
Koulutukseen hyväksyminen	
<input type="checkbox"/> Hyväksymme lisäkoulutusohjelmaan rekisteröitymisen	
_____ / _____ / _____	
Lisäkoulutusohjelman vastuuhenkilön allekirjoitus	
_____ / _____ / _____	
Dekaanin allekirjoitus	
Rekisteröitymislomake lähetetään allekirjoitettuna tiedekuntaan osoitteella: S[] c •] êê ã \ 4/Soile Salonen Lääketieteellinen tiedekunta Kiinamylynkatu 13 20520 Turku	Rekisteröitymislomake vastaanotettu tiedekunnassa _____ / _____ / _____