



TODISTUSHAKEMUS ERIKOISLÄÄKÄRIN LISÄKOULUTUSOHJELMAN SUORITTAMISESTA

Lisäkoulutusohjelma	
Erikoislääkärin tutkinto/ erikoisala	pvm
Koulutettavaa koskevat tiedot	
Nimi	
Sotu	
Osoite, johon todistus lähetetään:	
Postitoimipaikka	
Puhelin virka-aikaan	
Sähköposti	
Koulutuksen hyväksyminen	
Lisäkoulutusohjelman 2 vuoden kliininen palvelu suoritettu aikavälillä ____ / ____ / ____ - ____ / ____ / ____ Nimikirjanote tai vastaava liitteeksi	
Teoreettinen koulutus suoritettu (60 tuntia)	
Kuulustelu suoritettu ____ / ____ / ____	
____ / ____ / ____	
Lisäkoulutusohjelman vastuuhenkilön allekirjoitus	
Lomake lähetetään tiedekuntaan osoitteella: Soile Salonen Lääketeollinen tiedekunta Kiinamylynkatu 13 20520 Turku	Todistus kirjoitettu (tdk täyttää) ____ / ____ / ____