

REKISTERÖITYMINEN LISÄKOULUTUSOHJELMAAN

Lisäkoulutusohjelman nimi	
Erikoislääkärin tutkinto tai koulutus/erikoisala	
Erikoislääkärin tutkinto/koulutus valmistumispvmm / /	Yliopisto
Lisäkoulutuksen aloittamisen ajankohta	

KOULUTETTAVAA KOSKEVAT TIEDOT

Nimi	Henkilötunnus
Postiosoite	
Puh.	Sähköposti

Päiväys ____ / ____ / ____

Koulutettavan allekirjoitus**KOULUTUKSEEN HYVÄKSYMINEN**

Olen hyväksynyt erikoislääkäri _____ lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunnan hyväksymään lisäkoulutusohjelmaan

Päiväys ____ / ____

Lisäkoulutusohjelman vastuuhenkilön allekirjoitus_____
Dekaanin allekirjoitus