

INTYG

över godkända lärandemoment i enlighet med målbeskrivningen avseende
KLINISK TJÄNSTGÖRING

Avsedd specialistkompetens

Delmål eller, i förekommande fall, del av delmål i målbeskrivningen som avses (ange nummer)

--

Tjänstgöringsplats/enhet

--

Tjänstgöringstid/tjänstgöringstider

--

Att legitimerade läkaren

Namn	Personnummer
------	--------------

har genomgått godkänd tjänstgöring och uppnått avsedd kompetens enligt ovan
intygas av undertecknad handledare

Specialitet		
Ort	Tjänsteställe	Datum
Namnunderskrift		
Namnförtydligande		