



*BLFs delförening för
endokrinologi och diabetes*

ANSÖKAN OM CERTIFIERING INOM BARNENDOKRINOLOGI OCH DIABETES PÅ _____ NIVÅ

Namn	Arbetsplats adress
E-post	Telefonnummer
Handledares namn	Mentors namn
Datum för påbörjad utbildning inom barnendokrinologi/diabetes	Datum för avslutad utbildning inom barnendokrinologi/diabetes
Tjänstgöringstid vid barnendokrinologisk enhet vid universitetsklinik	
Tjänstgöringstid vid större utländskt endokrincentra	
Forskningsverksamhet inom endokrinologi under samma period	
Antal dagar extern utbildning	

Underskrifter och datum

Sökande	Namnförtydligande
Handledare	Namnförtydligande
Mentor	Namnförtydligande
Datum:	

Som bilaga lämnas kopia på checklista diabetes och endokrinologi

Fyll i formuläret på skärmen. Spara, skriv ut och skriv under