



**ÅRLIG UPPFÖLJNING INFÖR CERTIFIERING I
BARNENDOKRINOLOGI OCH DIABETES PÅ SEKUNDÄR NIVÅ
ÅR: 20_____**

Namn	Arbetsplats adress
E-post	Telefonnummer
Handledares namn	Mentors namn
Datum för påbörjad utbildning inom barnendokrinologi/diabetes	Datum för planerad certifiering inom barnendokrinologi/diabetes
Tjänstgöringsgrad samt tid gällande specialiserad poliklinisk verksamhet inom barnendokrinologi/diabetes på hemmaklinik	
Tjänstgöringsgrad samt tid vid barnendokrinologisk enhet vid universitetsklinik	
Extern utbildning (specificera utbildning samt antal dagar)	
Övriga kommentarer (formulärfältet expanderar vid behov)	

Som bilaga lämnas kopia på checklista diabetes och endokrinologi

Fortsätt och fyll i formuläret på nästa sida

Underskrifter och datum

Adept	Namnförtydligande
Handledare	Namnförtydligande
Mentor	Namnförtydligande
Representant från utbildningsgruppen	Namnförtydligande
Datum	
Kommentarer från utbildningsgruppen (formulärfältet expanderar vid behov)	

Skickas till Utbildningsgruppen:

senast 31/1

Fyll i formuläret på skärmen. Skriv ut och skriv under