

INTYG

över godkända lärandemoment i enlighet med målbeskrivningen avseende
KVALITETS- OCH UTVECKLINGSARBETE

Avsedd specialistkompetens

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

--

Ämnet för arbetet i rubrikform

--

Kort beskrivning av arbetet (max. 20 ord)

--

Att legitimerade läkaren

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

har med godkänt resultat genomfört ovanstående arbete
intygas av undertecknad handledare

Specialitet		
Ort	Tjänsteställe	Datum
Namnunderskrift		
Namnförtydligande		