Sundhedsstyrelsen
National Board of Health

KURSUSBEVIS

UDDANNELSE TIL SPECIALLÆGE

Fulde navn:

CPRnr.:

Uddannelsesordning:

Speciale:

DELKURSUS NAVN	PERIODE(R)	ATTESTERET AF DELKURSUSLEDER

Attestation for gennemførelse af det teoretiske uddannelsesprogram:

_____ _____

dato hovedkursusleder