

## INTYG

över godkända lärandemoment i enlighet med målbeskrivningen avseende  
KURS

Avsedd specialistkompetens
----------------------------

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

--

**Kursens namn**

--

**Kort beskrivning av kursens innehåll (max. 20 ord)**

--

**Kurstid fr.o.m. – t.o.m.**

--

**Att legitimerade läkaren**

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

**har genomgått och godkänts på ovanstående kurs  
intygas av undertecknad kursledare**

Specialitet (i förekommande fall)		
Ort	Tjänsteställe	Datum
Namnunderskrift		
Namnförtydligande		