



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Ansökan om tillgodoräknande av del av kurs "Tillämpad apoteksfarmaci med författningar", Kompletteringsutbildning apotekare

Personuppgifter

Personnummer	Namn
Bostadsadress	
Postnummer	Postadress
Telefonnummer	Mobiltelefon
E-post	

Jag bifogar intyg som styrker min ansökan om tillgodoräknande. Intyget innehåller tidsperiod, arbetsuppgifter och sammanlagd arbetstid.

Ort och datum	Underskrift
---------------	-------------

Beslut

Avd för samhällsmedicin och folkhälsa Sahlgrenska akademien VID GÖTEBORGS UNIVERSITET	
Kursansvarig har beslutat att	
<input type="checkbox"/> bevilja din ansökan om tillgodoräknande av del av ovannämnda kurs inom Kompletteringsutbildning apotekare. Din VFU förkortas med _____ månad(er).	
<input type="checkbox"/> avslå din ansökan om tillgodoräknande av del av ovannämnda kurs inom Kompletteringsutbildning apotekare då bifogade intyg inte styrker en förkortning enligt den policy som föreligger för kursen.	
Enligt uppdrag	
Ort och datum	Underskrift/namnförtydligande

**Hit skickar du ansökan:
Avd för samhällsmedicin och folkhälsa
Göteborgs universitet
Kursansvarig Christina Ljungberg Persson
Box 453
405 30 Göteborg**