



SPECIALUDDANNELSEN

i psykiatrisk og børne-/ungdomspsykiatrisk sygepleje

Region Hovedstadens Psykiatri

Specialuddannelsen

Kliniske vejledere Psykiatrisk Center

Navn

Navn

Har bestået (sæt kryds):

Klinisk periode 1, 2 eller 3

Navne på deltagere	Ansættelsessted	Mailadresse

Evt. bemærkninger:

Dato: _____

Underskrift (Vejleder): _____

Dato: _____

Underskrift (Vejleder): _____