

Uddannelsestagedes navn: _____

Har bestået klinisk uddannelsesperiode 1 (sæt kryds):

Antal fraværsgange: _____ dage

Dato: _____ Underskrift (Vejleder): _____

Har bestået klinisk uddannelsesperiode 2 (sæt kryds):

Antal fraværsgange: _____ dage

Dato: _____ Underskrift (Vejleder): _____

Har bestået klinisk uddannelsesperiode 3 (sæt kryds):

Antal fraværsgange: _____ dage

Dato: _____ Underskrift (Vejleder): _____

Evt. bemærkninger:

