

## Bilaga 3 – Äskande av kursmedel, fellowship

### UTBILDNING OCH AKTIVITET – FELLOWSHIP

#### INFORMATION OM LÄKARE OCH VERKSAMHET (\*Obligatoriska uppgifter)

|                     |
|---------------------|
| *LÄKARENS FÖRNAMN   |
| *LÄKARENS EFTERNAMN |
| *LÄKARENS RSID      |
| *VERKSAMHET         |
| *FÖRVALTNING        |
| *ORT                |

#### INFORMATION OM UTBILDNINGEN/KURSEN

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| *NAMN PÅ UTBILDNINGEN  |                                    |
| *LAND OCH ORT  |                                    |
| *TIDSPERIOD YYYY-MM-DD   |                                    |
| *UPPFYLLER FÖLJANDE MÅL I KURSPLANEN   |                                    |
| ÖVRIGT   |                                    |
| *KOSTNAD FÖR UTBILDNINGEN/KONGRESSEN I SEK   |                                    |
| *UPPSKATTAD KOSTNAD FÖR BOENDE OCH RESOR I SAMBAND MED UTBILDNINGEN/KONGRESSEN I SEK |                                    |
| *UPPSKATTAD TOTALKOSTNAD   | UPPSKATTAD FAKTURADATUM YYYY-MM-DD |
| *SIGNATUR ST-STUDIEREKTOR  | DATUM YYYY-MM-DD                   |

Skanna dokumentet med kurs/kongressbeskrivning och skicka till International Office,  
[international.office@skane.se](mailto:international.office@skane.se)

#### IFYLLES AV INTERNATIONAL OFFICE

|  |                    |
|--|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Bifall<br><input type="checkbox"/> Avslag | SIGNATUR OCH DATUM |
| EVETUELLA KOMMENTARER  |                    |