

INTYG

över godkända lärandemoment i enlighet med målbeskrivningen avseende
AUSKULTATION

Avsedd specialistkompetens

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

Tjänstgöringsplats/enhet

Tjänstgöringstid

Att legitimerade läkaren

Namn

Personnummer

**har genomgått godkänd auskultation och uppnått avsedd kompetens enligt ovan
intygas av undertecknad handledare**

Specialitet

Ort

Tjänsteställe

Datum

Namnunderskrift

Namnförtydligande