**Ansökan omvandling av ”gråblock” till ST-tjänster**

**Klinik:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Namn** | **Person-****nummer** | **Anställningstid på kliniken (månader)** | **Basspecialitet** | **Gren/tilläggs-specialitet** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Utbildningsprogram (inkluderande eventuell basspecialitet) ska bifogas denna ansökan för varje läkare.**

Underskrift:

Verksamhetschef