

CSECSEMŐ-ÉS GYERMEK FÜL-ORR-GÉGEGYÓGYÁSZAT (ráépített)

belépési feltétele: fül-orr-gégegyógyászat szakvizsga

képzés kezdete: _____

Szakképzendő neve:

Levelezési címe:

Mobil:..... **Email:**

A szakképzésre vonatkozó adatok

	Helye:	Ideje:	Tutor neve/aláírása:
Képzési idő (24 hónap)			
4 hó gyermekgyógyászati gyakorlat			
20 hó gyermek fül-orr-gégészeti osztályos gyakorlat			

Szakvizsgára bocsátás egyéb feltételei: szakvizsga előkészítő tanfolyam, meghatározott számú és típusú beavatkozás teljesítése.