

ORVOSI LABORATÓRIUMI DIAGNOSZTIKA SZAKKÉPZÉS

34 hó speciális képzési program

Szakképzendő neve:

Levelezési címe:

Telefon/fax: Mobil: Email:

Munkáltatója:

Telefon/fax: Email:

Szakgyakorlati idő kezdete (dátum):	Szakgyakorlati idő tervezett befejezése (dátum):
-------------------------------------	--

Letöltendő gyakorlatok:

	Helye:	Ideje:	Tutor neve/aláírása:
34 hó speciális képzési program, benne:			
6 hó hematológia, hemostaseológia, transzfúziológia			
6 hó klinikai mikrobiológia			
4 hó immunológiai gyakorlat			
12 hó tudományos képzési program			
4 hó elektív speciális képzés			
2 hó tanfolyamok			

A gyakorlati tematika teljesítésének folyamatos ellenőrzése és a munkabér számfejtéséhez szükséges munkavégzést igazoló adatlapok megküldése miatt – **legalább féléves időtartamban, előzetesen kérjük megküldeni** beosztott, és a tutor által ellenjegyzett szakképzési tervét Szak- és Továbbképzési Központunknak. A gyakorlatok **akkreditált képzőhelyeken** töltendőek. Jelen nyomtatvány fogadónyilatkozátként funkcionál, a leckeönyvet nem helyettesíti.