

## RADIOLÓGIA ALAPSZAKKÉPZÉS

Szakképzendő neve: .....

Levelezési címe: .....

Telefon/fax: ..... Mobil: ..... Email: .....

Előszerződött munkahely\*: .....

Telefon/fax: ..... Email: .....

\* nem kötelező kitölteni

### A szakképzésre vonatkozó adatok

|                                                                            | Helye: | Ideje: | Tutor neve/aláírása: |
|----------------------------------------------------------------------------|--------|--------|----------------------|
| <b>6 hónap sürgősségi betegellátási program (1. év alatt teljesítendő)</b> |        |        |                      |
| 2 hónap oxyológiai gyakorlat (OMSZ):                                       |        |        |                      |
| 6 hét mentős gyak.                                                         |        |        |                      |
| 2 hét fantom tanf.                                                         |        |        |                      |
| 2 hónap intenzív osztályos gyakorlat (ITO)                                 |        |        |                      |
| 2 hónap sürgősségi betegellátási gyakorlat (ITO koordináció)               |        |        |                      |
| <b>3 hónap belgyógyászati törzsképzési program</b>                         |        |        |                      |
| <b>3 hónap sebészeti típusú törzsképzési program</b>                       |        |        |                      |
| <b>12 hónap radiológiai alapképzés program</b>                             |        |        |                      |

