

INFEKTOLÓGIA ALAPSZAKKÉPZÉS

34 hó speciális képzés infektológiai osztályon

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:
4 hó infektológiai belosztályon			
4 hó infektológiai gyermekosztályon			
19 hó választhatóan infektológiai bel- vagy gyermekosztályon			
2 hó mikrobiológiai laboratóriumi gyakorlat			
1 hó háziorvosi gyakorlat			
2 hó az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat járványtani osztályán			
1 hó kórház-higiénés osztályon			

1 hó infektológiai 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 leckekönyvet nem helyettesíti.