**Ansökningsblankett för finansiering av ST-läkare**

Härmed ansöker jag om finansiering av ST-läkare till verksamhet enligt nedan. En ansökan per rad i tabellen för tydlighet i hanteringen.

|  |  |
| --- | --- |
| Vårdcentral | Verksamhetschef |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Denna ansökan ligger kvar fram tills att den ansökta platsen för ST-läkare är beviljad. Alltså ska inte ny ansökan göras trots ev. utebliven tilldelning.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort och datum Verksamhetschef, namn

Ansökan sändes till:

Region Halland

DiarietRegionkontoret

Box 517

301 80 Halmstad