

Ansökningsblankett för finansiering av ST-läkare

Härmed ansöker jag om finansiering av ST-läkare till verksamhet enligt nedan.
En ansökan per blankett.

Vårdcentral	Verksamhetschef

Finns det vikarierande legitimerad läkare som väntar på ST-tjänst inom er verksamhet vid tidpunkt för denna ansökan?

Ja

Nej

Ort och datum

Verksamhetschef

Namnförtydligande

Ansökan sändes till:
Region Halland
Diariet Regionkontoret
Box 517
301 80 Halmstad

Denna ansökan ligger kvar fram tills att tilldelning av ST-block är beviljad.