

JELENTKEZÉSI LAP

a Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Karának
Dento-maxillo-faciális radiológia licenc képzésre

*Alulírott.....

*Orvosi nyilvántartási száma:

*Jelentkezem a 20-én induló licenc képzésre.

Jelentkező

*Meglévő szakképesítés:

*Megszerzésének helye, ideje:

Meglévő szakképesítés:

Megszerzésének helye, ideje:

Meglévő szakképesítés:

Megszerzésének helye, ideje:

Értesítési címe:

.....

Telefonszáma:

*E-mail címe:

Képzés helye:

Név:

.....

Cím:

Nyilatkozom, hogy jelenleg más szakképzésben nem veszek részt.

Dátum:.....

.....

jelentkező aláírása

**kötelezően kitöltendő*