# Ansökan om tillgodoräknande inom kursen ”Tillämpad apoteksfarmaci med inriktning mot egenvårdsrådgivning”, Apotekarprogrammet

## Personuppgifter

|  |  |
| --- | --- |
| Personnummer | Namn |
| Bostadsadress |
| Postnummer | Postadress |
| E-post |
| Antagen år |

## Jag bifogar intyg som styrker min ansökan om tillgodoräknande enligt kursens riktlinjer.

|  |  |
| --- | --- |
| Ort och datum | Underskrift |

## Beslut

|  |
| --- |
| **Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa**Sahlgrenska akademinVID GÖTEBORGS UNIVERSITETKursansvarig har beslutat att[ ]  bevilja din ansökan om tillgodoräknande av VFU på apotek.[ ]  avslå din ansökan om tillgodoräknande inom ovannämnda kurs enligt de riktlinjer som föreligger för kursen.Enligt uppdrag |
| Ort och datum | Underskrift/namnförtydligande |

 **Ansökan mejlas till kursansvarig Tove Hedenrud**

**tove.hedenrud@socmed.gu.se**