# 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 akademin  VID GÖTEBORGS UNIVERSITET  Kursansvarig 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**