

Datum

Blanketten sänds till

Socialstyrelsen
Avdelningen för regler och tillstånd
Behörighet
106 30 Stockholm**Personuppgifter** Var god fyll i tydligt!

Efternamn		Samtliga förnamn (tilltalsnamnet understruket)	
Personnummer	Telefon bostaden (även riktnummer)	Telefon arbetet (även riktnummer)	
Utdelningsadress		E-postadress	
Postnummer	Postort		
Utbildning till (ange yrke)			Examensår

<input type="checkbox"/> Godkänt betyg på språkprov, kopia bifogas	Datum
--	-------

Jag anmäler mig till kunskapsprov i farmakologi

Vårterminen	Hösterminen	Anmäl senast 1 månad innan utsatt provdatum!
<input type="checkbox"/> år	<input type="checkbox"/> år	

Jag önskar genomföra provet iLund Göteborg Stockholm Umeå

Kunskapsprov i farmakologi kan även genomföras i augusti och då endast i Uppsala.

Jag önskar genomföra provet i Uppsala i augusti år _____ Jag deltar för första gången Jag har tidigare deltagit i kunskapsprov och skall göra omtentamen

Ort, datum	Namnsteckning
------------	---------------