Blankett för SFAM Uppsalas resestipendium

|  |  |
| --- | --- |
| Namn |  |
| Adress |  |
| E-post |  |
| Telefon |  |
| Arbetsplats |  |
| ST-läkare eller Specialist |  |
| Konferensens namn, plats, datum |  |
| Plats för studiebesök |  |
| Kort motivering varför konferensen/studieplatsen är av allmänmedicinskt intresse |  |
| Ort och datum |  |
| Underskrift |  |
| Namnförtydligande |  |

Ansökan mailas till ordförande i SFAM Uppsala.