

Hakemus sairaalageneetikon koulutukseen

LIITE 2: OHJAAJAN SUOSTUMUS

Suostun toimimaan sairaalageneetikon koulutukseen hyväksytyt opiskelijan

- lisensiaatintutkimuksen ohjaajana
- kliinisen koulutuksen ohjaajana

Koulutettavan nimi

Ohjaajan nimi	Virka-asema
Sähköpostiosoite	
Toimipaikka	
Toimipaikan osoite	Puhelin päivisin
Paikka ja aika	Ohjaajan allekirjoitus