

Nachweise für das DGKJ-Zertifikat

„Einblicke in die Kinder- und Jugendmedizin“

Bitte tragen Sie hier Ihre persönlichen Daten ein und listen Sie auf, welche Veranstaltungen der DGKJ Sie besucht haben. Wenn Sie innerhalb von zwei Jahren 6 Teilnahmen an Veranstaltungen und Hospitationen in Klinik und/oder Praxis (davon mind. 1 Präsenztermin von mind. einem Tag) nachweisen können, senden Sie bitte dieses Formular vollständig ausgefüllt mit den entsprechenden Nachweisen gesammelt in einer PDF-Datei an office@dgkj.de. Sie erhalten Ihr Zertifikat nach erfolgreicher Überprüfung zugesandt.

Vielen Dank für Ihr Interesse an der DGKJ!



Persönliche Daten

Vorname:

Name:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Straße:

Postleitzahl, Ort:

Heimatuniversität:

Fachsemester:

E-Mail:

Interesse an einer Mitarbeit ja nein
in der AG Junge DGKJ?

Teilnahmen

	Datum	Name der Veranstaltung / der Klinik / der Praxis
1		
2		
3		
4		
5		
6		