

Priloga 2: List magistra farmacije specializanta

LIST MAGISTRA FARMACIJE SPECIALIZANTA

Ime in priimek: _____

Poštna št., kraj: _____

Telefon: _____

Faks: _____

E-pošta: _____

Datum rojstva: _____

Državljanstvo: _____

Diploma FFA (kraj): _____

Datum diplome FFA: _____

Specialistično usposabljanje:

PROGRAM

Teoretični del – prvo leto Predmeti

Obvezni del/Izbirni del (obseg ECTS)

Praktični del

Področje usposabljanja	Mesto usposabljanja	Obdobje	Datum(od-do)
---------------------------	---------------------	---------	--------------

Izvajalec	Ime in priimek področnega mentorja	Podpis področnega mentorja
-----------	---------------------------------------	----------------------------------