



Søknadsskjema for godkjenning av utenlandske leger

Navn:

Boligadresse:

Postnummer: Sted:

Direkte telefonnummer:

Direkte e-postadresse:

HPR-nummer i helsepersonellregisteret eller autorisasjons-nummer for utenlandske leger fra ditt lands helsemyndighet til å jobbe som lege.

Gjennomgått kurs og eksamen

Kursholders navn:

Dato for avholdt kurs (dd.mm.åååå):

Hvordan undersøkes fargesynet?

Beskriv hvilket utstyr du har for rentoneaudiometri:

Beskriv hvilket utstyr du har for spirometri:

Virksomhetens navn:

Postadresse (adresse, postnr, sted):

Telefonnummer: Epostadresse:

Besøksadresse (hvor undersøkelsen finner sted)

Skjemaet sendes til sfropost@statsforvalteren.no



Application form for foreign doctors

Name:

Residential address:

Zip code: Town:

Country:

Direct e-mail address:

Authorization number from health authorities in your country to work as a doctor

Completed course end exam:

Instructor's name:

Course completed:

How do you examine colour vision:

Describe what equipment you use for audiometry:

Describe what equipment you use for spirometry:

Company name:

Postal address (address, postal code, place):

Phone number:

E-mail address:

Visiting address (where examinations are conducted):

Please e-mail this form to sfropost@statsforvalteren.no