# Utbildningskort för medarbetare vid Dialysmottagning

Namn: _____

Födelsedata (åå/mm/dd): _____

Titel: _____

| KURS | DATUM<br><br>åå/mm/dd | KURSORT |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

_____ _____

Arbetsledare Arbetstagare