



Suomen Ensihoitoalan Liitto ry
Erityispätevyys

IMMOBILISAATIOHOIDON ERITYISPÄTEVYYDEN HAKULOMAKE

Nimi (sukunimi, etunimet; kutsumanimi alleviivaten)	
Henkilötunnus	
Ammattinimike	
Suoritettut tutkinnot / vuosi - lvm - sk - lähihoitaja tai aiempi - sairaanhoitaja - kipsimestari AT - kipsimestari EAT	kuukausi / vuosi
Lähiosoite	
Postinumero ja toimipaikka	
Puhelinnumero	
Sähköpostiosoite	
Olen SEHL ry:n jäsen	kyllä <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/>
Olen Tehyn jäsen	kyllä <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/>
Tiedot saa luovuttaa Tehyn erityispätevyystoimikunnalle	kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>
Nimeni saa julkaista erityispätevyyden saaneiden luettelossa liiton kotisivuilla ja Ensihoitaja - lehdessä	kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/>
Paikka ja aika	
Hakijan allekirjoitus	
Liitteenä: - hakuportfolio - kopio suoritetusta hakemuksen käsittelymaksusta - todistuksia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kpl