



Läkemedelsbehandling av psykiska störningar samt alkohol-och drogberoende; prestationsblankett (ny) del 2

Namn _____

Arbetsplats och yrkesbeteckning _____

Del 1 (är en del som utförs självständigt)

Tentamensprestationer

Tentamen 1

Datum _____ Prestation godkänd Underkänd

Tentamen 2

Datum _____ Prestation godkänd Underkänd

Tentamen 3

Datum _____ Prestation godkänd Underkänd

Tentamen 4

Datum _____ Prestation godkänd Underkänd

Tentamensprestationer

Tentamen 1

Datum _____ Prestation godkänd Underkänd Tentövertakare _____

Tentamen 2

Datum _____ Prestation godkänd Underkänd Tentövertakare _____

Tentamen 3

Datum _____ Prestation godkänd Underkänd Tentövertakare _____

Tentamen 4

Datum _____ Prestation godkänd Underkänd Tentövertakare _____



Tentamensprestationer läkemedelsräkning

Tentamen 1

Datum _____ Prestation godkänd Underkänd Tentövertakare _____

Tentamen 2

Datum _____ Prestation godkänd Underkänd Tentövertakare _____

Tentamen 3

Datum _____ Prestation godkänd Underkänd Tentövertakare _____

Tentamen 4

Datum _____ Prestation godkänd Underkänd Tentövertakare _____