

**Titel des Workshops:**

**Turnusärztevertreter\*in:**

**Dienststelle:**

**E-Mail:**

**Vortragende\*r:**

**Abteilung/Ausbildungsstufe des oder der Vortragenden:**

**Veranstaltungsort:**

**Datum der Fortbildung:**

| Datum (dd,mm,yyyy) | Uhrzeit von - bis |
|--------------------|-------------------|
|                    |                   |

**Inhalte:**

---

**Datum**

**Unterschrift**

**Bitte in BLOCKBUCHSTABEN oder digital ausfüllen!**

Bei Fragen können Sie sich gerne an das Referat für Jungmediziner\*innen wenden:

Tel.: 01/515 01 1404 oder E-Mail: [jungmediziner@aekwien.at](mailto:jungmediziner@aekwien.at)