**Koulutuskortti liitteeksi kohtaan 3**

1. **Lääkehoidon arviointiosaamista tukevat koulutukset, joihin olen itse osallistunut**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Koulutuksen nimi**  | **Aika** | **Laajuus (esim. tunteina, päivinä tai op)** | **Koulutuksen järjestäjä**  |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  |  |

1. **Itse pitämäni lääkehoidon arviointiosaamista tukevat koulutukset**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Koulutuksen nimi**  | **Aika** | **Laajuus (esim. tunteina, päivinä tai op)** | **Koulutuksen järjestäjä**  |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  |  |

1. **Kuvaa, kuinka paljon sinulla on kokemusta lääkehoidon arviointien tekemisestä koulutuksen ja/tai työelämän kautta**

|  |
| --- |
|  |