Aufnahmeantrag

Fortbildungs-Kurs Klinisch Forschen

Titel: _____

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Korrespondenzanschrift: _____

Telefonisch erreichbar: (_____) _____

(_____) _____

(_____) _____

(_____) _____

Fax: (_____) _____

E-Mail: _____

Derzeit tätig an (Universität bzw. Klinik/Abteilung):

Position (z.B. wiss. Mitarbeiter/in, Assistenzarzt/ärztin, Oberarzt/ärztin):

Bitte fügen Sie einen kurzen tabellarischen Lebenslauf bei (Aus- und Weiterbildungen, bisherige Arbeitsstellen)

Sind Sie bereits wissenschaftlich tätig gewesen?

- ja - nein

Wenn ja:

Ich verfüge über wissenschaftliche Erfahrungen in Form von (Mehrfachangaben möglich):

- Studienplanung und -konzeption
- verantwortliche Leitung
- Laborexperiment
- Datenerhebung am Patienten
- Datenmanagement
- statistische Auswertung
- Publikation / Vortrag

Für nähere Erläuterungen, evtl. auch eine Publikationsliste, wären wir Ihnen dankbar.

Da die Zahl der Ausbildungsplätze begrenzt ist, wird eine Auswahlkommission über die Aufnahme in das Programm entscheiden. Dabei werden einerseits Ihre individuellen Qualifikationen und Vorerfahrungen berücksichtigt, andererseits soll die Gruppe der Teilnehmer ein möglichst breites Spektrum medizinischer Disziplinen, Arbeitsbereich und Kompetenzniveaus umfassen. Über Ihre Aufnahme werden wir Sie rechtzeitig vor Kursbeginn benachrichtigen.

_____, den _____

(Unterschrift)

Bitte senden Sie diesen Antrag an:

Philipps-Universität Marburg
Institut für Versorgungsforschung und Klinische Epidemiologie
Thorsten Nau
Karl-von-Frisch-Str. 4
35043 Marburg

Fax-Nr.: 06421/28-65660

E-Mail: iva@uni-marburg.de