|  |  |
| --- | --- |
| Navn: |  |
| Stilling:  |  |
| Afdeling: |  |
| Mail: |  |
| Destination: |  |
| Kursus:  |  |
| Forskningsleders anbefaling/godkendelse: |  |
| Tidsrum: |  |
| Deltagergebyr: |  |
| Transport:  |   |
| Overnatning: |  |
| Ansøgt i alt i DKK: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Dato | Underskrift |
|  |  |

Ansøgning + bilag sendes til imm@health.sdu.dk