



**Ansökan om bidrag från Cancerstiftelsen i Kalmar län**  
**Utbildning/konferens/hospitering/studieresa/annat.**

<b>Huvudansvarig sökande (titel och namn)</b>	<b>Telefon</b>
<b>Adress</b>	<b>E-post</b>
<b>Arbetsplats</b>	<b>Telefon</b>
<b>Vad ska sökta medel användas till</b> <i>För att markera ett alternativ, sätt markören mitt i mellan parenteserna och skriv ett (x).</i> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Studieresa</li> <li><input type="checkbox"/> Hospitering</li> <li><input type="checkbox"/> Utbildning inom landet</li> <li><input type="checkbox"/> Utbildningssatsning inom egen verksamhet</li> <li><input type="checkbox"/> Utbildningssatsning inom flera verksamheter</li> <li><input type="checkbox"/> Utbildning utomlands</li> <li><input type="checkbox"/> Konferens inom landet</li> <li><input type="checkbox"/> Konferens utomlands</li> <li><input type="checkbox"/> Annan anledning</li> </ul>	
<b>Medsökandes namn (max 3 personer per ansökan)</b>	<b>Telefon</b>
<b>Utbildningens/konferensens huvudsyfte(kursplan medföljer ansökan)</b>	
<b>Sökt belopp (totalt)</b>	
<b>Beskriv kort innehållet i utbildningen/konferensen/resan/hospiteringen(max 5 rader)</b>	



**Cancerstiftelsen**  
*i Kalmar län*

**Syfte med utbildningen/konferensen/resan/hospiteringen**(max 9 rader)

**Beskriv den betydelse projektet har för den verksamhet du representerar** (max 9 rader)

**För studier ange din utbildningsnivå idag**(max 5 rader totalt)

**Beskriv hur de sökta medlen kommer att användas, uppdelat på poster**

Ex. resa, övernattnig, kursavgift, litteratur (max 11 rader)

**Uppge kostnadsställe och eventuellt projektnummer dit pengarna ska sättas in - obligatoriskt annars behandlas inte ansökan**(max 4 rader)



**Cancerstiftelsen**  
*i Kalmar län*

**Verksamhetschefens motsv. motivering för sökandens lämplighet**(max 9 rader)

Ort..... Datum.....

.....  
Underskrift av sökande (underskrift omfattar sidorna 1-3)

**Undertecknad verksamhetschef/arbetsgivare godkänner  
utbildningen/konferensen/studieresan/hospiteringen/annat enligt den redovisade projektplanen**

.....  
Underskrift av chef/arbetsgivare (underskrift omfattar sidorna 1-3)

**Ansökan insändes till:**

Monica Hugoson, Vårdutvecklare  
Geriatriska Kliniken plan 3 Länssjukhuset, 391 87 Kalmar.

**Vid eventuella frågor använd tel.** 0480-44 88 99 alternativt mobilnr. 070-558 1602 eller  
E-post [monica.hugoson@regionkalmar.se](mailto:monica.hugoson@regionkalmar.se)