

# Attest for individuell psykoterapiveiledning i barne- og ungdomspsykiatri

Veileders navn

LIS-legens navn

LIS-legens fødselsdato (DD.MM.ÅÅÅÅ)

Veiledningsperiode (DD.MM.ÅÅÅÅ)

Fra  til  Antall timer

Veileders vurdering og anbefaling om antall godkjente timer

Undertegnede innestår for riktigheten av ovennevnte opplysninger

Sted:

Dato:

---

Veileder

(Signatur og stempel)