#### Begäran om avbrott inom forskarutbildning

## Personuppgifter

|  |  |
| --- | --- |
| Efternamn | Förnamn |
| Personnummer | Telefon |
| E-postadress | Mobilnummer |
| Gatuadress | Postnummer & ort |

|  |  |
| --- | --- |
| Anledning till avbrott | Datum |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Doktorand** |  | **Huvudhandledare** |
| Namnförtydligande |  | Namnförtydligande |
| Datum |  | Datum |
| Underskrift |  | Underskrift |

Undertecknad har i samförstånd med sin huvudhandledare beslutat avbryta sin forskarutbildning vid Hälsohögskolan och ansöker härmed om att bli avregistrerad som forskarstuderande.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Föreståndare** |  | **Vd** |
| Namnförtydligande |  | Namnförtydligande |
| Datum |  | Datum |
| Underskrift |  | Underskrift |

**Ansökan skickas till:**

Forskarskolan Hälsa och Välfärd

Hälsohögskolan

Box 1026

551 11 Jönköping