



## DDA-Zertifikat Psoriasis

Anlage 1: Nachweis der fachspezifischen Fortbildungen

Name der/des Antragstellerin/-ers: \_\_\_\_\_

Fortbildungszertifikat Nummer	Datum der Fortbildung	Erworbene Punkte
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
Gesamtpunktzahl		

Bitte reichen Sie **Kopien der Fortbildungszertifikate** ein und kennzeichnen Sie die Kopien mit einer Nummer. Tragen Sie bitte entsprechend dieser Nummern das Datum der Fortbildung, die Punktzahl und die Gesamtpunktzahl der Fortbildungen in die Tabelle ein.