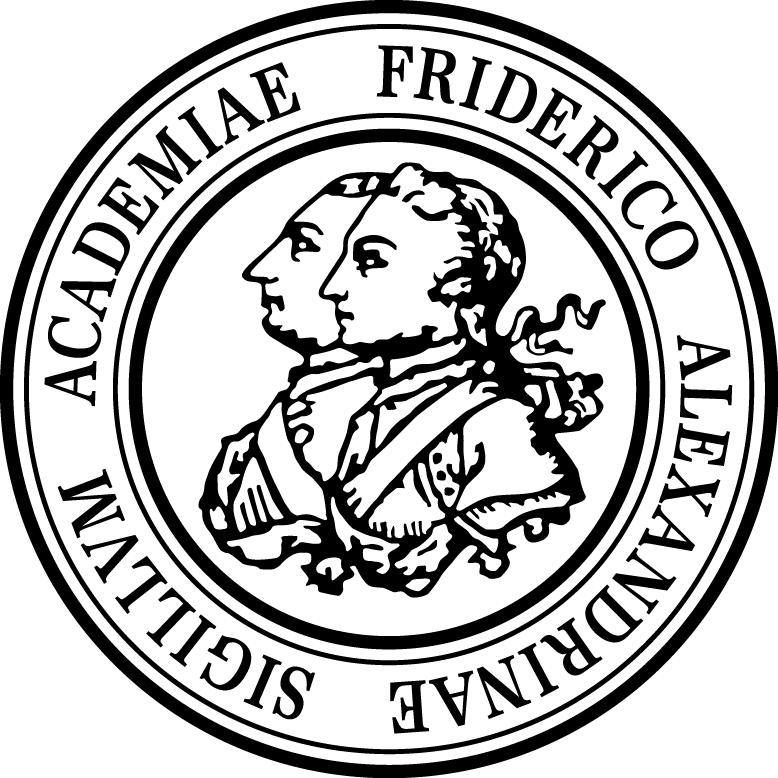
**Mentoringkommission**

|  |  |
| --- | --- |
| **Clinician Scientist:** | Vorname |
| Nachname |
| Datum des Gespräches: | /     / |
| **Titel**  des Forschungsvorhabens: |  |
| **Mentor 1**:  (Name und Institut) |  |
| **Mentor 2**:  (Name und Institut) |  |

**Kurzprotokoll:** 

Die laufenden Anforderungen (Ausbildungsmodule) wurden erfüllt:  ja  nein

Hinweise:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Datum Unterschrift des Clinician Scientist**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Datum Unterschrift des Mentors 1 Unterschrift des Mentors 2**