

Aufnahmeantrag

zur Mitgliedschaft im Kompetenzzentrum für geschlechtersensible Medizin an der MHH

| | |
|-------------------------|-------|
| Name | _____ |
| Vorname | _____ |
| Titel | _____ |
| Funktion | _____ |
| Forschungsschwerpunkte | _____ |
| Einrichtung/Institution | _____ |
| Adresse | _____ |
| | _____ |
| Telefon | _____ |
| Fax | _____ |
| E-Mail | _____ |

Mitgliedschaft für Einzelpersonen ☐

Mitgliedschaft für Abteilungen ☐

Eigene Forschungsbereiche zum Thema ‚geschlechtersensible Medizin‘

1. _____
2. _____
3. _____

Datum

Unterschrift