#### Ansökan om doktorandomkostnader

#### *Application regarding expenses for a doctoral student*

**Doktorand/*Doctoral student***

|  |  |
| --- | --- |
| Efternamn*/Surname* | Förnamn/*First name* |
| Personnummer/*Civic regsitration number* | Objektnummer för doktorandomkostnad/*Object number for expenses* |
| Datum/*Date* | Underskrift*/Signature* |

**Huvudhandledare/*Principal supervisor***

|  |  |
| --- | --- |
| Namnförtydligande/*Print name* | |
| Datum/*Date* | Underskrift*/Signature* |

**Ange syfte med ansökan och beräknad kostnad /*Specify the purpose of the application and estimated cost***

|  |
| --- |
|  |

**2. Fylls i av föreståndare/*To be completed by Director***

**Beslut**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Beviljad/*Granted*  Avslag/*Denied* | Kommentar/*Comments* | |
| **Föreståndare/*Director*** | |
| Namnförtydligande/*Print name* | |
| Datum/*Date* | |
| Underskrift/*Signature* | |

**Ansökan skickas till/*Send application to*:**

Forskarskolan Hälsa och Välfärd / The Research School of Health and Welfare

Hälsohögskolan / School of Health and Welfare

Box 1026

551 11 Jönköping

Sweden