#### 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