ЗАЯВКА

учреждений здравоохранения на получение сотрудниками

дополнительного профессионального образования

(переподготовка, повышение квалификации)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| п/№ | Ф.И.О. | Специаль-ностьпо диплому | Занимаемая должность с указанием отделения или подразделе-ния | Дата последнего обучения (выдачи сертифи-ката) | Требуемоеобучение(переподго-товка или повышение квалифика-ции) | Месяцпланиру-емогообучения | Выделенное место |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |