ЗАЯВКА

учреждений здравоохранения на получение сотрудниками дополнительного профессионального образования (переподготовка, повышение квалификации)

п/№	Ф.И.О.	Специальность по диплому	Занимаемая должность с указанием отделения или подразделения	Дата последнего обучения (выдачи сертификата)	Требуемое обучение (переподготовка или повышение квалификации)	Месяц планируемого обучения	Выделенное место