|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Бланк организации |  | **Директору** **ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ** **Погонченковой И.В.** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| На № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ЗАЯВКА НА ОБУЧЕНИЕ**

|  |  |
| --- | --- |
| Ф.И.О. врача |  |
| Наименование программы обучения  | Медицинская реабилитация **пациентов с онкологическими заболеваниями** |
| Вид программы (профессиональная переподготовка/ повышение квалификации) | **Повышение квалификации** |
| *Сведения об образовании:* |
| Диплом о высшем /среднем медицинском образовании (кем, когда выдан, специальность) |  |
| Послевузовское образование (интернатура, ординатура - свидетельство кем, когда выдано, специальность)  |  |
| Профессиональная переподготовка (Специальность, сроки обучения) |  |
| Сертификат специалиста(Специальность, дата окончания действия) |  |
| Должность |  |
| Стаж работы |  |
| Телефон |  |
| E-mail |  |

Должность руководителя организации И.О. Фамилия

М.П. должность

Исп.: ФИО

Тел.: