|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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.: