

Угловой штамп МО

Дата, исходящий номер

Директору ГАПОУ СО «СОБМК»

Морозову И.А.

### ЗАЯВКА

#### на обучение специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием по программам дополнительного профессионального образования на основе договоров об оказании платных образовательных услуг на 2022 год

Просим Вас включить в план подготовки специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием на 2022 год следующих сотрудников:

№	Специальность	Вид ДО (пов.квалиф. – ПК; проф.переподгот. – ПП)	Шифр и наименование программ ДО (в соответствии с приказом МЗ РФ от 05.06.98г. №186, в порядке возрастания шифров)	Требуемое кол-во мест		Дата окончания действия последнего сертификата/ диплома о ПП/ аккредит-го св-ва	Фамилия, имя, отчество (полностью)	Специальность по диплому СПО	Специальность последнего сертификата /диплома о ПП /аккредит-го св-ва	Наименование последней программы повышения квалификации	Занимаемая должность в медицинской организации
				1 полугод.	2 полугод.						
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
Итого по медицинской организации											

Оплату от организации гарантируем. Оплата за счет слушателя. **(НУЖНО ПОДЧЕРКНУТЬ)**

Реквизиты организации для оформления договора **(В СЛУЧАЕ ОПЛАТЫ ОБУЧЕНИЯ ЗА СЧЕТ ОРГАНИЗАЦИИ)**

Главный врач \_\_\_\_\_ (ФИО полностью)  
подпись

М.П.

Исполнитель \_\_\_\_\_ (ФИО полностью)  
подпись

Контактный телефон