|  |  |
| --- | --- |
| **Угловой штамп ЛПУ,** **дата номер** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Директору ГАПОУ СО «Саратовский областной базовый медицинский колледж»****Морозову И.А.** |

Уважаемый Игорь Александрович!

В соответствии с календарным планом обучения на бюджетной основе специалистов со средним медицинским образованием по дополнительным профессиональным программам в ГАПОУ СО «СОБМК» на 202\_\_ год просим Вас организовать на базе Наименование ЛПУ выездную программу дополнительной профессиональной программе повышения квалификации «Наименование программы», объёмом \_ часов, по специальности «Наименование специальности», периодом обучения с \_\_\_\_\_ по\_\_\_\_\_\_:

В качестве преподавателей на данной программе просим задействовать следующих сотрудников Наименование ЛПУ:

1. Иванов Иван Иванович, врач-реаниматолог,

2. ……….,

3. ………..

**Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО**

 **подпись**