

Угловой штамп МО

Директору ГАПОУ СО «СОБМК»

Дата, исходящий номер

Морозову И.А.

ЗАЯВКА

на обучение специалистов со средним медицинским образованием по программам дополнительного профессионального образования на основе договоров об оказании платных образовательных услуг на 2023 год

Просим Вас включить в план подготовки специалистов со средним медицинским образованием на 2023 год следующих сотрудников:

№	Специальность программы доп.образования на которую направляется сотрудник	Вид доп.образования (пов.квалиф. – ПК; проф.переподгот. – ПП)	Шифр и наименование программы доп.образования на которую направляется сотрудник (в соответствии с приказом МЗ РФ от 05.06.98г. №186, в порядке возрастания шифров)	Дата окончания действия последнего сертификата/аккредит-го св-ва	Желаемый месяц начала обучения	Фамилия, имя, отчество сотрудника (полностью)	Специальность по диплому СПО	Специальность последнего сертификата /диплома о ПП /аккредит-го св-ва	Наименование последней программы обучения	Занимаемая должность в медицинской организации
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										

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 ответственного лица за обучение сотрудников