

Приложение № 2 к Правилам приема слушателей на обучение по программам дополнительного профессионального образования в ГБУЗ РКНД МЗ РБ

Главному врачу
ГБУЗ РКНД МЗ РБ
Арсланову Р.М.

Заявление на обучение

Прошу зачислить на курс повышения квалификации по дополнительной профессиональной программе «Медицинское освидетельствование на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)» в объеме 16 часов сотрудников _____
(наименование медицинской организации)

в количестве _____ человек.

№ п/п	Фамилия, имя, отчество, год рождения	Занимаемая должность	Название образовательного учреждения, год окончания, серия и № диплома, квалификация	СНИЛС

Оплату гарантируем.

Банковские реквизиты для заключения договора:

Дата

Подпись руководителя:

_____ / _____

