|  |  |
| --- | --- |
| Наименование медицинской организации | Директору ИГМАПО-  филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России  Шпраху В.В. |

**Заявка на повышение квалификации и профессиональной переподготовки**

**на 20\_\_\_г**.

Уважаемый Владимир Викторович!

Просим обучить на циклах повышения квалификации и/или профессиональной переподготовки следующих специалистов:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ФИО специалиста,  год окончания учебного заведения | Специальность , по которой планируется обучение | Наличие сертификата по специальности (если есть, дата выдачи) | Должность | Последнее повышение квалификации, специальность (год) | Вид планируемой подготовки (повышение квалификации или  профессиональная переподготовка | Кафедра, наименование и дата проведения цикла согласно календарному плану ИГМАПО | Форма оплаты |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Руководитель

медицинской

организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О подпись м.п.

Банковские реквизиты

медицинской организации