Реквизиты организации

ЗАЯВЛЕНИЕ Директору УО

Мозырский государственный

 медицинский колледж»

Просим рассмотреть возможность повышения квалификации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО лица, направляемого на повышение квалификации, занимаемая должность

по образовательной программе *\**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(название образовательной программы)

с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_по\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2017г.

и заключить договор о повышении квалификации на платной основе.

«\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» 2017 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)

Телефон исполнителя.

\*наименование образовательных программ повышения квалификации см. в плане повышения квалификации руководящих работников и специалистов со средним специальным медицинским и фармацевтическим образованием.