

СЕРТИФИКАЦИЯ

Зам. директора по ДПО
ГБОУ СПО СК «Ставропольский
базовый медицинский колледж»
Е.А. Кустовой

Ф.И.О. _____

работающего (ей) _____
(место работы)

Телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас допустить меня к квалификационному экзамену по специальности

_____ (название специальности согласно номенклатуре)

Последние курсы повышения квалификации:

ГБОУ СПО СК «Ставропольский базовый медицинский колледж»

с «___» _____ 201 г. по «___» _____ 201 г.

_____ (название цикла)

Дата «___» _____ 201 г..

Подпись _____

Учебная часть в приказ
«___» _____ 2012г.

Директору
ГБОУ СПО СК «Ставропольский
базовый медицинский колледж»
К.И. Корякину

Ф.И.О. _____

работающего (ей) _____
(место работы)

Телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас зачислить меня на отделение дополнительно профессионального образования на сертификационный цикл специализации (усовершенствования)

_____ (название цикла)

с «___» _____ 201 г. по «___» _____ 201 г.
Оплату гарантирую.

Дата «___» _____ 201 г. Подпись _____

Сведения об оплате	
Наличный расчет	Безналичный расчет