

Директору ОГАПОУ «СМК» Н.С.Селиванову

ЗАЯВКА

НА ОБУЧЕНИЕ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ (НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ) НА 2017 УЧЕБНЫЙ ГОД

№п/п	Наименование специальности	Наименование цикла	Занимаемая должность	Вид обучения	Кол-во слушателей	ФИО	Дата выдачи сертификата	Дата последней аттестации

Оплату гарантируем.

РУКОВОДИТЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ: ФИО, ПОДПИСЬ, ПЕЧАТЬ ОРГАНИЗАЦИИ

ИСПОЛНИТЕЛЬ: ФИО, КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ