Оформляется на бланке организации

Директору

михайловского филиала ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж" Шурубура Т.П.

Заявка

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование специальности** | **Тематика цикла** | **Вид постдипломного образования (повышение квалификации, профессиональная переподготовка)** | **Ф.И.О.** |
|
| 1 |  |  |  |  |

Оплату гарантируем или (оплата за счет слушателя).

Руководитель (ФИО) М.П.

Исполнитель (должность)

ФИО полностью

Номер телефона