

Ректору ФГБОУ ВО СОГМА
Минздрава России Ремизову О.В.

от _____
Ф.И.О.

врача - _____
специальность, место работы

телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить меня на обучение по дополнительной профессиональной
программе – программе повышения квалификации/ профессиональной
переподготовки по специальности «_____»
в объеме _____ часов с «___» _____ 2017 г. по «___» _____ 2017 г.

дата

подпись,