ОБРАЗЕЦ

*Дата*\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_ Главному врачу Государственного учреждения «Республиканская клиническая стоматологическая поликлиника»

Матвееву А.М.

Заявка на оказание образовательных услуг по повышению квалификации руководящих работников и специалистов

Прошу Вас организовать оказание образовательных услуг по повышению квалификации руководящих работников и специалистов по профилю образования «Здравоохранение», направлению образования «Профилактика, диагностика, лечение, реабилитация и организация здравоохранения» по следующим учебным программам в соответствии с утвержденным Сводным планом повышения квалификации и переподготовки руководителей и специалистов здравоохранения Республики Беларусь на 2018 год:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование образовательной программы | Вид образовательной программы | Срок получения образования | Планируемое количество направляемых слушателей | |
| в 1-м полугодии 2018 года | во 2-м полугодии 2018 года |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Оплату гарантирую (ем).

Контактные сведения, телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (инициалы, фамилия)