|  |
| --- |
| **ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ** ФИЛИАЛ ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОго БЮДЖЕТНОго ОБРАЗОВАТЕЛЬНОго УЧРЕЖДЕНИя ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»** МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ357532, Россия, Ставропольский край, г. Пятигорск, пр. Калинина, 11ОКПО 01962942 ИНН/КПП 3444048472/263243001 тел. (8793) 32-44-74, 32-92-66, факс 32-92-67 |

|  |
| --- |
| **ПУТЕВКА НА ЦИКЛ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ** |
|  |
| Дана  |
|  |
| (наименование органа здравоохранения) |
| для направления на цикл повышения квалификации  |
|  |
| Срок проведения обучения  |  |
| Срок проведения теоретических занятий:  |  |
| Срок явки на занятия: Время занятий :  |
|  |
| Декан ФПО, доцент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Б.Н.Житарь |
|  М.П. "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. |
|  |
| На цикл командируется \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  (фамилия, имя, отчество, занимаемая должность) |
|   |
| Руководитель организации, |
| командирующей специалиста(тов) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| М.П. "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. |