|  |
| --- |
| Директору  учреждения образования  «Слуцкий государственный  медицинский колледж  имени С.И.Шкляревского»  Борисовцу А.А.  Место для ввода текста. |
| фамилия,  Место для ввода текста. |
| имя,  Место для ввода текста. |
| отчество  Место для ввода текста. |
| адрес проживания  Место для ввода текста. |
| Место для ввода текста. |
| Место для ввода текста. |
| специальность,  Место для ввода текста. |
| квалификация,  Место для ввода текста. |
| контактный телефон |

Заявка на обучение

Прошу рассмотреть возможность повышения квалификации по образовательной программе:

|  |  |
| --- | --- |
| Место для ввода текста. | |
| (полное название образовательной программы)  Место для ввода текста. | |
| Место для ввода текста. | |
| Место для ввода текста. | |
| Предполагаемый срок обучения | Место для ввода текста. |

Оплату гарантирую.

Место для ввода текста. Место для ввода текста.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата подпись ФИО