|  |
| --- |
| Директоруучреждения 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. |
|  отчествоМесто для ввода текста. |
|  адрес проживанияМесто 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