*Реквизиты организации*

Директору

учреждения образования «Слуцкий государственный медицинский колледж

имени С.И.Шкляревского»

Борисовцу А.А

Заявка на обучение

 Просим рассмотреть возможность повышения квалификации

|  |
| --- |
|  |

(фамилия, имя, отчество в родительном падеже)

|  |
| --- |
|  |

(специальность, квалификация)

|  |
| --- |
|  |
|  |

(название организации)

по образовательной программе:

|  |
| --- |
|  |
|  |

(полное название образовательной программы)

|  |  |
| --- | --- |
| Предполагаемый срок обучения |  |

Оплату гарантируем.

Директор организации

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

 (ФИО)