Проректору по развитию

регионального здравоохранения

и медицинской деятельности

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России

О.Н.Баркановой

Фамилия

Имя

Отчество

заявление.

Прошу разрешить обучение по программе ДПО \_\_\_\_ ч

профессиональная переподготовка / повышение квалификации / НМО название цикла: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проводимые в Институте НМФО с по на основе: Бюджет/Внебюджет (физлицо/юр.лицо)

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_