**Форма направления на повышение квалификации**

**за счет средств направляющей организации**

*На бланке организации*

Директору государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр «Кардиология»

д.м.н., профессору

Пристрому А.М.

«\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»

 полное название организации здравоохранения

направляет

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

 Фамилия, имя, отчество (полностью) должность

на повышение квалификации по образовательной программе «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» с\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

 полное название программы повышения квалификации

по\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

Оплату гарантируем.

Договор о повышении квалификации руководящего работника (специалиста) прилагается.

 В общежитии нуждаемся (не нуждаемся).

Руководитель И.О.Фамилия

 подпись

Главный бухгалтер И.О.Фамилия

 Подпись

Контактный телефон