Приложение № 2

Правила приема обучающихся

Учебного центра КОГБУЗ «Кировский

областной наркологический диспансер»

Главному врачу

КОГБУЗ «Кировский областной

наркологический диспансер»

Е.В. Томининой

Заявка на обучение.

|  |
| --- |
|  |

(наименование организации)

просит заключить договор на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации:

|  |
| --- |
|  |
| (наименование программы, количество часов) |
|  |
| (наименование программы, количество часов) |
|  |

(наименование программы, количество часов)

медицинского (их) работника нашего предприятия (приложение № 3) Сроки обучения с « \_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_г. по « \_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Оплату гарантирую.

Реквизиты организации, контактные телефоны.

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

Дата Подпись

Приложение № 3

Правила приема обучающихся

Учебного центра КОГБУЗ «Кировский

областной наркологический диспансер»

**Заявка на обучение от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дополнительной профессиональной программе повышения квалификации** | | | | «Подготовка медицинского персонала по вопросам проведения предрейсовых, послерейсовых и текущих медицинских осмотров водителей транспортных средств» | | | | | |
| **Сроки проведения:** | |  |  | | | **Длительность:** | | 36 часов | |
| **Наименование учреждения** | | |  | | | | | | |
|  | |  |  | | |  | |  |  |
| № п/п | **ФИО сотрудника** (полностью) | | **Дата рождения** | | **СНИЛС** (в формате 606-555-222 44) | | **Телефон** (в формате 8 921 777 80 90) | | **Email** (проверьте на опечатки) |
|  |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Главный врач/руководитель |  |  |  |
|  | подпись |  | Фамилия И.О. |

М.П.