Ректору СГМУ д.м.н., профессору Горбатовой Л.Н.

 от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проживающе(й)го по адресу

|  |
| --- |
|  |
|  |

Паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_ номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кем и когда выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Контактный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**заявление.**

Прошу выслать документы государственного/установленного образца по окончании (***нужное выбрать***)

курсов повышения квалификации

курсов профессиональной переподготовки

интернатуры

ординатуры

по программе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Период обучения с\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_по\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

По адресу (**обязательно с указанием индекса п/о**):

**183052, Мурманская область, г. Мурманск, ул. Баумана, д.42**

Получатель (название организации или физическое лицо)

**ГООАУ ДПО «Мурманский областной центр повышения квалификации специалистов здравоохранения»**

Приложение: копия паспорта

 дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ВХ.№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Специалист \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_