И.о. ректора

ФГБОУ ВО КемГМУ

Минздрава России

Кану С.Л.

от заявителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

(укажите фамилию, имя, отчество полностью)

Заявление

Прошу зачислить меня на дополнительную профессиональную программу повышения квалификации «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» в объёме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ часов на кафедре \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 с «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 г. по «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 2025 г на основании договора об оказании платных образовательных услуг. Оплату гарантирую.

С «Положением о порядке организации и проведения обучения дополнительного профессионального образования», лицензией на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, ознакомлен(а).

«\_\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2025 г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (фамилия, инициалы)