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 профессиональной переподготовки по специальности «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» в объёме 504 часа на кафедре \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 года 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)