**Образец заявки**

**предоставляемой лечебно-профилактическими организациями**

**для планирования обучения по программам дополнительного профессионального образования**

**в ГБОУ СПО «Саянский медицинский колледж»**

Директору ГБОУ СПО

Угловой штамп учреждения

(дата и исходящий номер документа)

«Саянский медицинский колледж»

Е.В. Трифонову

**Заявка**

**на проведение курсов повышения квалификации**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(наименование дополнительной образовательной программы)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия, имя, отчество слушателя | Специальность по диплому | Год окончания училища (колледжа) | Место работы | Занимаемая должность | Год последнего повышения квалификации |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Подпись руководителя