

Название учреждения здравоохранения (полное и сокращенное)
Адрес, тел, факс и другие данные для заключения договора
(реквизиты медицинской организации)

Дата и № исходящего документа

Директору филиала УрГУПС в
г. Златоусте Махно В.В.

Заявка (письмо).

Администрация (название медицинской организации) просит зачислить и провести обучение по программам дополнительного профессионального образования следующих сотрудников:

Ф.И.О. _____ - название программы и ее объем. Можно указать сроки обучения.

Главный врач

Ф.И.О.

Другие заинтересованные лица (если нужно)

М.П.