

Проректору закладу вищої освіти
з науково-педагогічної роботи та
післядипломної освіти Полтавського
державного медичного університету
Ігорю Скрипнику
лікаря- (вказати фах)
ПІБ _____
м.тел.: (____) _____

Заява

Прошу Вас дозволити навчання на циклі _____

(вказати назву та тематику циклу: спеціалізація, тематичне удосконалення чи симуляційний тренінг)
на кафедрі _____
(назва кафедри)

з _____ р. по _____ р.

Оплату за навчання гарантую.

Дата

Підпис