**Форма направления на повышение квалификации**

**за счет средств направляющей организации**

*На бланке организации*

Директору

государственного учреждения «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии»

д.м.н., профессору

Руммо О.О.

«\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»

(полное название организации здравоохранения)

направляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(фамилия, имя, отчество (полностью), должность)

на повышение квалификации по образовательной программе «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»

(полное название программы повышения квалификации)

с\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. по\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

Оплату гарантируем.

Договор о повышении квалификации руководящего работника (специалиста) прилагается.

 В общежитии нуждаемся (не нуждаемся).

Руководитель И.О.Фамилия

 подпись

Главный бухгалтер И.О.Фамилия

 подпись

Контактный телефон