

Заявление
____.____.20__

Ректору учреждения
образования «Гомельский
государственный медицинский
университет»,
Стоме И.О.
врача

(фамилия, имя, отчество полностью)

проживающего по адресу:

(адрес и индекс предприятия связи)

(номер моб., раб. или дом. телефона)

Прошу выделить направление на внебюджетной основе для прохождения обучения по образовательной программе повышения квалификации по теме (или переподготовки по специальности):

« _____

»

(наименование образовательной программы повышения квалификации или специальности переподготовки)

с _____ по _____ 20 ____ года.

Оплату гарантирую.

(подпись)

(фамилия, инициалы)