Утверждаю

## Образец

**заполнения заявки**

Гл. врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /название лечебно-профилактического учреждения/

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2016 г.

/место печати/

# ЗАЯВКА

В ГБОУДПОРО «ЦПК» на обучение специалистов

со средним медицинским и фармацевтическим образованием

на 2017 год.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование**  **должностей в ЛПУ**  **по приказу гл. врача** | **Шифр цикла** | **Вид обуче­ния Спец Усов** | **Ф.И.О.** | **Кате­гория** | **Занимаемая должность**  **и место работы в ЛПУ** |
| 1 | Главная медицинская сестра | 1.1. | Сп | Иванова П.П. | Нет | Старшая медицинская сестра или медицинская сестра |
| 2 | Старшая медицинская сестра | 1.1. | Сп | Козлова Л.Я. | Нет | Медицинская сестра |
| 3 | Главная медицинская сестра | 1.2. | Ус | Петрова П.П. | I | Главная медицинская сестра ЦРБ |
| 4 | Старшая медицинская сестра | 1.2. | Ус | Петухова М.П. | I | Старшая медицинская сестра терапевтического отделения |
| 5 | Медицинская сестра хирургического  отделения | 15.19. | Ус | Сидорова С.В. | I | Медицинская сестра хирургиче­ского отделения ЦРБ |
| 6 | Медицинская сестра станций перели­вания крови | 15.24. | Сп | Рыбакова Т.И. | Нет | Медицинская сестра |
| 7 | Медицинская сестра станций перели­вания крови | 15.24. | Ус | Рахинская И.В. | В | Медицинская сестра отделения переливания крови |
| 8 | Медицинская сестра физиотерапевти­ческого отделения | 23.1. | Сп | Васильева А.Е. | Нет | Медицинская сестра |
| 9 | Медицинская сестра физиотерапевти­ческого отделения | 23.1. | Ус | Колышева В.С. | I | Медицинская сестра физиотера­певтического отделения |
| 10 | Медицинская сестра детского хирур­гического отделения | 16.4. | Ус | Голубцова С.С. | II | Медицинская сестра детского хирургического отделения |

Гл. медсестра \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Нач. отд. кадров \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2016 г.

Директору

ГБОУДПОРО «ЦПК»

Димитровой Л.В.

Администрация \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ просит

наименование медицинской организации

обучить специалистов со средним медицинским образованием в дистанционной форме по дополнительной программе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

наименование программы

Оплату гарантируем (или оплата за счет слушателя).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **ФИО сотрудника полностью** | **Должность** |
|  |  |  |

Подпись

Печать