

Ректору ГАУ ДПО «Институт
усовершенствования врачей»
Минздрава Чувашии
Гурьяновой Е.А.

Тел. _____

Заявление.

Прошу зачислить меня на курс _____
повышения квалификации / профессиональной переподготовки
по программе «_____»
_____»
проводимый с «_____» _____ 20____ г. по «_____» _____ 20____ г.
Оплату гарантирую.

«_____» _____ 20____ г.

(подпись)