

Ректору ГАУ ДПО «Институт
совершенствования 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)