

Ректору ГАУ ДПО «Институт
усовершенствования врачей»
Минздрава Чувашии
Емельяновой Н.Н.

Тел. _____

Заявление.

Прошу зачислить меня на курс повышения квалификации (профессиональной переподготовки) по программе «_____»,
проводимый с «_____» _____20____г. по «_____» _____20____г.

Оплату гарантирую.

дата

подпись