

ОБРАЗЕЦ ЗАЯВКИ УЧРЕЖДЕНИЯ (ОРГАНИЗАЦИИ)

(полное наименование и адрес ЛПУ, e – mail)

(ИНН – идентификационный номер ЛПУ)

ПЛАН-ЗАЯВКА

на повышение квалификации средних медицинских и фармацевтических работников на 2014 г.

№ п/п	Фамилия Имя Отчество	Дата рождения	Наименование учеб. заведения год его окончания. Специальность по диплому серия и № диплома	Занимаемая должность	Общий медицинский стаж	Стаж по последней медицинской специальности	Дата последнего повышения квалификации название цикла	На какой цикл направлена
1	Пауль Любовь Иосифовна	11.10.1962	Бийское МУ 1982 ДТ №019474 Сестринское дело	Медицинская сестра палатная	25	25	2006 г. КГОУ СПО Родинское медицинское училище "Сестринское дело в терапии" Общее усовершенствование	Сестринское дело в терапии. Общее усовершенствование
2	Зенина Светлана Анатольевна	11.12.1971	Родинское МУ 1994 г. ИТ №660613 Лечебное дело	Фельдшер	14	12	2006 г. Новоалтайское медицинское училище «Охрана здоровья сельского населения»	"Охрана здоровья сельского населения"
3								

Главный врач ЛПУ _____

исполнитель _____ телефон _____