Военно-медицинское управление
Министерства обороны

**ЗАЯВКА**
**на переподготовку медицинских**
**работников Вооруженных Сил**

| Воинское звание, фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) | Занимаемая должность, дата назначения на должность | Какое учреждение образования и в каком году окончил, наименование и дата окончания интернатуры, переподготовки, клинической ординатуры, адъюнктуры (при наличии) | Наименование планируемой переподготовки с указанием учреждения образования и сроков обучения | Основание для направления на переподготовку | Почтовый адрес |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. | | | | | |
| И т.д. | | | | | |

Начальник медицинской службы
(объединения, соединения, воинской части)

_____

(воинское звание, подпись, инициалы, фамилия)

Командир войсковой части _____

_____

(воинское звание, подпись, инициалы, фамилия)