Военно-медицинское управление
Министерства обороны

Заявка

на повышение квалификации
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 планируемого курса повышения квалификации с указанием учреждения образования и сроков обучения	Наличие квалификационной категории (дата присвоения)	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)