**Кутовий штамп ЛПЗ З А Т В Е Р Д Ж У Ю:**

 **Генеральний директор**

**ПЛАН - ЗАЯВКА**

**на підвищення кваліфікації молодших медичних спеціалістів на 20\_\_\_\_\_ рік**

**на курсах підвищення кваліфікації молодших медичних спеціалістів**

 **при Чернігівському базовому медичному коледжі**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Найменування циклів** | **Кількість слухачів** | **Прізвище, ім’я та по-батькові** | **Місце роботи, посада** | **Рік проходження останніх курсів** | **Форма навчання****(удосконалення,** **спеціалізація)** | **Категорія дійсна до****(число, місяць, рік)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Всього молодших медичних спеціалістів \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Заплановано на 20\_\_\_\_ рік \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**% запланованих на 20\_\_\_\_ рік \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Головна сестра медична \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **(П.І.Б.) (моб.тел.) (підпис)**