**Форма направления на стажировку**

**за счет средств направляющей организации**

*На бланке организации*

Директору государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии»

Кротковой Е.Н.

«\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»

полное название организации здравоохранения

направляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество (полностью), должность (полностью)

на стажировку по образовательной программе стажировки руководящих работников и специалистов «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»

полное название образовательной программы стажировки

с\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. по\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

Необходимость в общежитии (гостинице): да (нет).

Оплату гарантируем.

Руководитель И.О.Фамилия

 подпись

Контактный телефон