**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы**

**«НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ИМЕНИ Г.Е. СУХАРЕВОЙ ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ»**

**Заявка на обучение**

**Название дополнительной профессиональной программы повышения квалификации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Объём: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Даты обучения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Форма обучения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Заявленный слушатель:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ФИО** | **Образование** | **Специальность** | **Должность** | **Контактные данные (эл. почта, телефон)** |
|  |  |  |  |  |

**Организация, направляющая специалиста на обучение:**

ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»

**Адрес:** Москва,[5-й Донской пр., 21А](https://yandex.ru/profile/1102528923)

**Направление специалиста на обучение подтверждаю.**

**Руководитель структурного \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**

**подразделения**  (подпись) (расшифровка)

**Дата выдачи: «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.**