

**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 (бюджет)

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: _____

Адрес: _____

Направление специалистов на обучение подтверждаю.

Руководитель организации _____ / _____ /

М.П. (подпись) (расшифровка)

Дата выдачи: « ____ » _____ 20__ г.