

**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 (внебюджет)**

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

**Объём:** \_\_\_\_\_

**Даты обучения:** \_\_\_\_\_

**Форма обучения:** \_\_\_\_\_

**Заявленный слушатель:**

<b>ФИО</b>	<b>Образование</b>	<b>Специальность</b>	<b>Должность</b>	<b>Место работы</b>

**Оплату в размере \_\_\_\_\_ гарантирую.**

**Контактные данные (эл. почта, телефон):** \_\_\_\_\_

**Подпись** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(расшифровка)

**Дата:** «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.