

**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:

ФИО	Образование	Специальность	Должность	Место работы

Оплату в размере _____ гарантирую.

Контактные данные (эл. почта, телефон): _____

Подпись _____ / _____ /
(расшифровка)

Дата: «__» _____ 20__ г.