

Додаток 5
до пункту 6 Розділу VI Положення
про деякі питання післядипломної освіти
та безперервного професійного розвитку
медичних та фармацевтичних працівників

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

_____ заклад вищої (післядипломної) освіти

Адреса:

ПУТІВКА

м. _____

ПУТІВКА № _____

Видана _____
(назва закладу охорони здоров'я)

для направлення на цикл _____

Термін проведення з _____ до _____ 20_ р.

Дата прибуття до місця навчання _____

Нач. навчального відділу _____

М. П. "___" _____ 20_ р.

На цикл направляється _____
(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), посада та стаж роботи
за фахом)

М. П.

Підпис керівника закладу, що видав путівку
