

Директору КГП на ПХВ
«Павлодарский медицинский
высший колледж»
Касимовой Б.К.

от _____

(Ф.И.О., место работы, конт. телефон)

Заявление

Прошу Вас зачислить меня для прохождения цикла повышения
квалификации _____

с «_____» _____ 20__ г по «_____» _____ 20__ г.

Оплату гарантирую.

(подпись слушателя)

(дата заполнения)