

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

от _____

(фамилия, имя, отчество, ИИН)

Адрес проживания, контактный телефон

Заявление

Прошу Вас зачислить меня для прохождения сертификационного цикла по специальности «Сестринское дело (медсестра общей практики)» в 20 ____ г.

(подпись слушателя)

(дата заполнения)