

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 «Классический и лечебный массаж» в 20\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_

(подпись слушателя)

\_\_\_\_\_

(дата заполнения)