*Заявление физического лица на повышение квалификации за счет собственных средств*

Директору государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр детской онкологии, гематологии и иммунологии»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*фамилия, имя, отчество заявителя*

работающего\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*место работы, должность полностью*

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять меня на обучение по образовательной программе повышения квалификации

«\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» *полное название образовательной программы*

с\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. по\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

Стоимость обучения составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Оплату гарантирую.

Договор о повышении квалификации руководящего работника (специалиста) на платной основе прилагается.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись инициалы, фамилия

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г.

Контактный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_