

Директору
ООО ДПО
«Академия практической
медицины «Абилити»
Чернаковой А.В.

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить меня на курсы повышения квалификации/профессиональной переподготовки (нужное подчеркнуть) с использованием дистанционных технологий по программе:

Сроки проведения курсов: с «___» _____ 20__ г. по «___»
_____ 20__ г.
объемом ___ часов

ФИО полностью	
Дата рождения	
СНИЛС	
Документ об образовании	
серия, номер	
Документ, удостоверяющий личность	
Контактный телефон	
Домашний адрес: индекс, город, улица, дом, квартира	

« » _____ 202__ г. _____ / _____ .