**Директору**

**РГП «Больница Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан» на ПХВ**

**Бенберину В.В.**

**Заявка на обучение**

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

*(полное наименование организации)*

просит провести обучение сотрудников(а) в количестве \_\_\_\_\_\_\_\_\_ человек, по теме «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» в количестве \_\_\_\_\_\_ часов, согласно списка:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Ф.И.О. слушателя (полностью) | Должность | Образование |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Оплату гарантируем.

Подпись руководителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О.

М.П.

Контактное лицо \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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