

Бланк регистрации слушателя

Наименование организации работодателя _____

Наименование ДПП (ПК, ПП, ПО) на которую прибыл, дата _____

Ф.И.О. _____

Полный дом. адрес, телефон (сот.) _____

Дата рождения _____ Общий мед. стаж _____

СНИЛС _____

Серия, № диплома, дата окончания, учебное заведение _____

Специальность по диплому _____

Занимаемая должность _____

Стаж по последней занимаемой мед. должности (полных лет) _____

ДПП профессиональная переподготовка (ПП):

1) наименование учебного заведения _____

2) серия и № диплома _____ специальность _____

3) количество часов _____

4) дата выдачи _____

ДПП повышение квалификации (ПК):

специализация _____

(наименование программы, специальность, дата окончания)

количество часов _____

усовершенствование _____

(наименование программа, специальность, дата окончания)

количество часов _____

Сертификат:

№ _____

специальность по сертификату _____

дата выдачи _____

Недостающие документы _____

(заполняется специалистом ОАО)

Оплата дополнительных платных образовательных услуг в ЦОППРиССЗ КГБПОУ ББМК осуществляется только на расчетный счет организации на основании договора.

Дата _____ Подпись слушателя _____