

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И
ПОДРОСТКОВ ИМЕНИ Г.Е. СУХАРЕВОЙ ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ»**



Заявка на обучение

Название дополнительной профессиональной программы повышения квалификации: _____

Объем: _____

Даты обучения: _____

Форма обучения: _____

Заявленный слушатель:

ФИО	Образование	Специальность	Должность	Контактные данные (эл. почта, телефон)

Организация, направляющая специалиста на обучение:

ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»

Адрес: Москва, 5-й Донской пр., 21А

Направление специалиста на обучение подтверждаю.

Руководитель структурного подразделения _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка)

Дата выдачи: « _____ » _____ 20__ г.