

И.о. директора ГАПОУ АО
«Архангельский медицинский
колледж»
А.С. Любову

специализированный симуляционный
аккредитационно-образовательный
центр
отдел организации последипломного
обучения

З А Я В К А

Просим провести обучение по следующим направлениям:

Название программы ПП / ПК / ПО	период	количество специалистов

Адрес электронной почты, телефон, ответственное лицо для контакта:

Реквизиты прилагаются.

« ___ » _____ 20__ г.

МП (руководитель МО)