

Додаток 3
до Положення про деякі заходи
післядипломної освіти та
безперервного професійного розвитку фахівців з
фаховою передвищою, початковим рівнем
(короткий цикл) та першим (бакалаврським)
рівнем вищої медичної і фармацевтичної освіти
та магістрів з медсестринства
(пункт 6 Розділу V)

Департамент охорони здоров'я _____ адміністрації
_____ заклад фахової передвищої (післядипломної) освіти

Адреса:

ПУТІВКА

м. _____

ПУТІВКА № _____

Видана _____
(найменування закладу охорони здоров'я)

для направлення на цикл _____

Термін проведення з _____ до _____ 20__ р.

Дата прибуття до місця навчання _____

Нач. навчального відділу _____

М.П. (за наявності) «__» _____ 20__ р.

На цикл направляється _____
(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), посада та стаж роботи за
фахом)

М.П. (за наявності)

Підпис керівника закладу, що видав путівку