

Ректору Частного образовательного учреждения
дополнительного профессионального образования
«Медицинская академия остеопатического образования»
Кравченко Т.И.

от _____
Должность, Ф.И.О.

проживающего (ей) по адресу:

Контакт. тел. _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

*Прошу принять меня в ЧОУ ДПО «Медицинская академия
osteопатического образования» для обучения по программе
дополнительного профессионального образования (повышения квалификации,
профессиональной переподготовки)* _____

(название программы, специальности)

с _____ 20__ г. по _____ 20__ г.
(даты обучения)

« ____ » _____ 20__ г.

(подпись)