

Додаток 4
до Положення про навчання на циклах
спеціалізації та заходах безперервного
професійного розвитку працівників сфери
охорони здоров'я
(пункт 10 розділу II)

Звіт

закладу освіти / наукової установи _____
про виконання навчально-виробничого плану
за 20__ рік

I. Цикли спеціалізації

1. Цикли спеціалізації за кошти державного бюджету

№ з/п	Назва циклу	Кількість слухачів			Відраховано з навчання
		заплановано відповідно до навчально-виробничого плану	які закінчили навчання (не пройшли атестацію)	які отримали сертифікат	
	Не виконали план кафедри / структурного підрозділу:				

2. Цикли спеціалізації за кошти фізичних та юридичних осіб

№ з/п	Назва циклу	Кількість слухачів			Відраховано з навчання
		заплановано відповідно до навчально-виробничого плану	які закінчили навчання (не пройшли атестацію)	які отримали сертифікат	
	Не виконали план кафедри / структурного підрозділу:				

II. Цикли субспеціалізації

1. Цикли субспеціалізації за кошти державного бюджету

№ з/п	Назва циклу	Кількість слухачів			Відраховано з навчання
		заплановано відповідно до навчально-виробничого плану	які закінчили навчання (не пройшли атестацію)	які отримали сертифікат	
	Не виконали план кафедри / структурного підрозділу:				

2. Цикли субспеціалізації за кошти фізичних та юридичних осіб

№ з/п	Назва циклу	Кількість слухачів			Відраховано з навчання
		заплановано відповідно до навчально-виробничого плану	які закінчили навчання (не пройшли атестацію)	які отримали сертифікат	
	Не виконали план кафедри / структурного підрозділу:				

III. Цикли тематичного удосконалення

1. Цикли тематичного удосконалення за кошти державного бюджету

№ з/п	Назва циклу	Кількість слухачів			Відраховані з навчання
		заплановано відповідно до навчально-виробничого плану	які закінчили навчання (не склали іспит)	які отримали сертифікат	
	Не виконали план кафедри / структурного підрозділу:				

2. Цикли тематичного удосконалення за кошти фізичних та юридичних осіб

№ з/п	Назва циклу	Кількість слухачів			Відраховані з навчання
		заплановано відповідно до навчально- виробничого плану	які закінчили навчання (не склали іспит)	які отримали сертифікат	
	Не виконали план кафедри / структурного підрозділу:				

Декан (керівник) _____ (підпис) (прізвище, ім'я, по батькові (за наявності))
 (назва факультету /
 структурного підрозділу)

Ректор (керівник) закладу освіти /
 наукової установи _____ (прізвище, ім'я, по батькові (за наявності))
