

Додаток 5
до Положення про навчання на
циклах спеціалізації та заходах
безперервного професійного розвитку
працівників сфери охорони здоров'я
(пункт 4 розділу III)

На бланку закладу освіти із зазначенням його адреси

НАПРАВЛЕННЯ № _____ *

Видана _____ *

(найменування суб'єкта господарювання або прізвище, ім'я, по батькові (за наявності)
працівника сфери охорони здоров'я)

для направлення на цикл _____

_____ *

за регіональним замовленням або кошти фізичних та юридичних осіб

(необхідне підкреслити) *

Термін проведення з _____ до _____ 20__ р. *

Дата прибуття до місця навчання _____ *

Керівник закладу освіти (прізвище, ім'я, по батькові (за наявності))

Кваліфікований електронний підпис керівника закладу освіти

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

Керівник суб'єкта господарювання / Міністерства
охорони здоров'я Автономної Республіки Крим,
структурного підрозділу з питань охорони здоров'я обласних,
Київської та Севастопольської міських
державних (військових) адміністрацій,
що направляє працівника (прізвище, ім'я, по батькові (за наявності))

Примітки:

* заповнюється закладом освіти;

** заповнюється суб'єктом господарювання, що направляє працівника сфери охорони
здоров'я, або закладом освіти (у разі видачі направлення працівникам сфери охорони
здоров'я, які звернулись самостійно).
