

Клиникалық жұмыс жөніндегі проректор:
А.Д.Шакеноваға

Дәрігер: _____
(А.Ж.Т)

Жұмыс орны: _____

Аудан _____

Мамандығы: _____

Біліктілік санаты
(сертификат) _____

Ұялы телефон нөмері _____

Электрондық мекенжай _____

Өтініш

Мені «_____» тақырып бойынша біліктілікті
арттыру цикліне тыңдаушы ретінде қабылдауыңызды сұраймын
«_____» _____ 2025 ж. - «_____» _____ 2025 ж аралығы.

Қашықтықтан оқыту «_____» _____ 2025ж. - «_____» _____ 2025 ж.,
күндізгі оқу с «_____» _____ 2025ж. - «_____» _____ 2025 ж.,

Сағат саны: _____ сағат.

(Бюджеттік негізде оқыту, жеке шарт бойынша ақы төлей отырып оқыту, ұйыммен шарт бойынша ақы
төлей отырып оқыту)

(керегінің астын сызу)

Күн

Қол қою

☐

Деректерді өңдеуге келісім беремін

☐

Мен өтінішті толтыру үшін жауап беремін

Өтінішхатты
бюджеттік/шарттық негіздер _____

«_____» _____ 20__ жыл