

Уполномоченному лицу
НАО «Национальный
центр гигиены труда и профессио-
нальных заболеваний»

д.м.н. Е.Ж.Отарову

от _____

(Ф.И.О.)

Место работы _____

_____ (место работы, должность)

Регион _____

Специальность _____

Квалификационная категория
(сертификат) _____

№ сотового телефона _____

Электронный адрес _____

Заявление

Прошу Вас зачислить меня слушателем на сертификационный курс/на цикл повышения квалификации по теме: «Профессиональная патология (медицина труда)», цикл: «_____» в объеме _____ часа(ов) с «_____» _____ 2024 г. по «_____» _____ 2024 г.

Дата:

Подпись: