Приложение 6

к Порядку аттестации специалистов

с высшим медицинским

и фармацевтическим образованием

(пункт 5.15)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Изображение государственного герба ДНР  МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ  УДОСТОВЕРЕНИЕ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_  О ПОВЫШЕНИИ КВАЛИФИКАЦИИ  Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  «\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_\_ г.  ----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------  обратная сторона  СВЕДЕНИЯ  О ПОВЫШЕНИИ КВАЛИФИКАЦИИ  Руководитель образовательного учреждения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) Ф.И.О.  М.П.   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | Образовательное учреждение, в котором проводилось повышение квалификации | Название цикла специализации или усовершенствования | Период обучения | Должность при направлении на повышение квалификации | |  |  |  |  |  | |