Приложение 6

 к Порядку аттестации специалистов

 с высшим медицинским

 и фармацевтическим образованием

(пункт 5.15)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Изображение государственного герба ДНРМИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ УДОСТОВЕРЕНИЕ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_О ПОВЫШЕНИИ КВАЛИФИКАЦИИ Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_\_ г.----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------обратная сторонаСВЕДЕНИЯ О ПОВЫШЕНИИ КВАЛИФИКАЦИИРуководитель 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 |
|  |  |  |  |  |

 |