

**ФГБОУ ВО РостГМУ  
Минздрава России  
Директору НИИАП  
Гурцкому Л.Д.**

\_\_\_\_\_  
*(занимаемая должность)*

\_\_\_\_\_  
*(фамилия, имя, отчество)*

*Заявление*

*Прошу Вас заключить договор по программе:*

*1.цикла повышения квалификации по теме*

\_\_\_\_\_  
*(наименование цикла обучения)*

с " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ по " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
*(подпись)*

\_\_\_\_\_  
*(инициалы, фамилия)*

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
*(контактный телефон)*