

**Заявка на проведение практического обучения сотрудников МО края**

наименование медицинской организации \_\_\_\_\_

на территории центра практического обучения КГБУЗ ККБ в **II полугодие 2021 г.**  
период

№ п/п	Ф.И.О.	Контактный телефон сотрудника	Должность, специальность, стаж работы по данной специальности	Категория, ученая степень	Методика обучения	Планируемый срок обучения
1	2	3	4	5	6	7
1	Иванов Петр Николаевич	моб. -	зав. отд. хирургии, 15 лет	высшая, к.м.н.	6.5 – синдром диабетической стопы: принципы этапного оказания помощи	14 -18 января
2	Щеглова Анна Ивановна	моб. -	Рентгенолог, 10 лет	I категория	4.6 - компьютерная томография головы с контрастированием структур головного мозга	11-15 марта
3	и. т. д.					

Главный врач \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

№ телефона ответственного за работу с сотрудниками, выезжающими в ЦПО ККБ:

рабочий \_\_\_\_\_  
мобильный \_\_\_\_\_

Начальник отдела кадров \_\_\_\_\_  
ФИО \_\_\_\_\_ № телефона \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_