

Председателю комиссии по проведению
экзамена по допуску к осуществлению
медицинской деятельности или
фармацевтической деятельности на
должностях специалистов со средним
медицинским или средним фармацевтическим
образованием

(Ф.И.О. заявителя ПОЛНОСТЬЮ)

специальность _____

курс _____

номер телефона _____

электронная почта _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу разрешить сдачу экзамена по допуску к осуществлению медицинской
деятельности на должностях специалистов со средним медицинским
образованием по специальности Лечебное дело.

Дата

Подпись