**Приложение № 1.**

 Директору

 ФГБУ «НМИЦ детской травматологии

 и ортопедии имени Г.И. Турнера»

 Минздрава России

 С.В. Виссарионову

|  |  |
| --- | --- |
| От: |  |
|  |
| Адрес: |  |
|  |
|  |

**ЗАЯВКА НА ОБУЧЕНИЕ**

Прошу рассмотреть возможность обучения по программе дополнительного профессионального образования: «ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПОВРЕЖДЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ДЕТЕЙ»

|  |
| --- |
| Фамилия Имя Отчество |
| ***Документы Врача*** | ***Серия и номер документа об образовании (допуске к практической деятельности)*** |
| Диплом о высшем медицинском образовании |  |
| Травматология и ортопедия |  |
| Ультразвуковая диагностика |  |
|  |  |
| Место работы |  |
| Должность |  |
| Ученая степень, звание  |  |
| Контактные телефоны (с кодом города и мобильный) |  |
| E-mail |  |
| Плательщик | Физическое лицо | Организация (полное наименование и реквизиты) |
|  |  |
| Планируемый срок обучения. | с «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 г. по «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 г.  |

**Дата:** **«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 г. Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **ФИО**