**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**