

Форма утверждена
приказом ГБУ РК «ТЦМК РК»
от «28» июня 2017 г. № 45

Справка участника программы обучения при обучении без прохождения
квалификационного экзамена или итоговой аттестации

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Коми
«Территориальный центр медицины катастроф Республики Коми»
Образовательно-методическое подразделение «Школа медицины катастроф»**

167981, г. Сыктывкар, ул. Маркова, 1

тел: (8212) 44-12-03;
E-mail: tcmkrk@yandex.ru

« ____ » _____ № _____

СПРАВКА

Дана

_____ (Ф.И.О. обучающегося)

В том, что он(а) действительно обучается (обучался) по программе дополнительного образования:

« _____ »
(наименование программы)

в объеме « _____ »
(количество часов)

Сроки обучения: с « ____ » _____ 20__ г. по « ____ » _____ 20__ г.

Справка дана для предъявления по месту требования

Главный врач ГБУ РК «ТЦМК РК» _____