

Согласовано
Главный врач

(наименование МО)

(Ф.И.О. руководителя)

(роспись)

« » _____ 20__ г

Председателю
аккредитационной комиссии СПО
Алтайского края
Фроловой Ю.А.

от _____
(Ф. И. О. полностью)

(должность, место работы)

тел: _____

« » _____ 20__ г

ЗАЯВЛЕНИЕ о выходе из состава аккредитационной комиссии

Прошу исключить меня, _____,
из состава аккредитационной комиссии, утвержденного Приказом Министерства
здравоохранения Российской Федерации от 01.06.2021 г. № 566 "Об утверждении составов
аккредитационных комиссий Министерства здравоохранения Российской Федерации для
проведения аккредитации специалистов, имеющих среднее медицинское образование"

(указать причину)

(подпись)

(расшифровка подписи)

(дата)