

## **Бланк регистрации слушателя**

Наименование организации работодателя \_\_\_\_\_

Наименование ДПП (ПК, ПП, ПО) на которую прибыл, дата \_\_\_\_\_

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Полный дом. адрес, телефон (сот.) \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Общий мед. стаж \_\_\_\_\_

СНИЛС \_\_\_\_\_

Серия, № диплома, дата окончания, учебное заведение \_\_\_\_\_

Специальность по диплому \_\_\_\_\_

Занимаемая должность \_\_\_\_\_

Стаж по последней занимаемой мед. должности (полных лет) \_\_\_\_\_

### **ДПП профессиональная переподготовка (ПП):**

1) наименование учебного заведения \_\_\_\_\_

2) серия и № диплома \_\_\_\_\_ специальность \_\_\_\_\_

3) количество часов \_\_\_\_\_

4) дата выдачи \_\_\_\_\_

### **ДПП повышение квалификации (ПК):**

специализация \_\_\_\_\_  
(наименование программы, специальность, дата окончания)

количество часов \_\_\_\_\_

усовершенствование \_\_\_\_\_  
(наименование программа, специальность, дата окончания)

количество часов \_\_\_\_\_

### **Сертификат:**

№ \_\_\_\_\_

специальность по сертификату \_\_\_\_\_

дата выдачи \_\_\_\_\_

Недостающие документы \_\_\_\_\_

(заполняется специалистом ОАО)

Оплата дополнительных платных образовательных услуг в ЦОППРиССЗ КГБПОУ ББМК осуществляется только на расчетный счет организации на основании договора.

Дата \_\_\_\_\_ Подпись слушателя \_\_\_\_\_