

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)