

## КАРТОЧКА СЛУШАТЕЛЯ

1. Наименование дополнительной профессиональной программы \_\_\_\_\_

2. Сроки проведения \_\_\_\_\_

3. Фамилия, Имя, Отчество \_\_\_\_\_

4. Год рождения \_\_\_\_\_

5. Окончил(а) в \_\_\_\_\_ году \_\_\_\_\_  
(Наименование ВУЗа или Медицинского училища)

6. Специальность по диплому \_\_\_\_\_

7. Диплом Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ Дата выдачи \_\_\_\_\_

8. Ученая степень \_\_\_\_\_

9. Общий медицинский стаж, занимаемая должность в настоящее время и стаж работы в ней, \_\_\_\_\_

10. Место основной работы (наименование учреждения, министерства или ведомства по подчиненности, структурного подразделения, адрес) \_\_\_\_\_

рабочий телефон: \_\_\_\_\_

11. Постоянное место жительства (индекс, страна, республика, край, область, адрес) \_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_

12. Окончил(а) интернатуру (да, нет) по специальности \_\_\_\_\_

год окончания \_\_\_\_\_ место обучения \_\_\_\_\_

ординатуру (да, нет) по специальности \_\_\_\_\_

год окончания \_\_\_\_\_ место обучения \_\_\_\_\_

13. Окончил(а) аспирантуру (да, нет) по специальности \_\_\_\_\_

год окончания \_\_\_\_\_, место обучения \_\_\_\_\_

14. Ранее прошел(шла) повышение квалификации (указать название цикла, год и место прохождения) \_\_\_\_\_

15. Квалификационная категория, \_\_\_\_\_ год присвоения \_\_\_\_\_  
по специальности \_\_\_\_\_

Дата прибытия на обучение « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ год.

Приказ о зачислении от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ Личная подпись \_\_\_\_\_