

федеральное государственное автономное учреждение
**«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ»**
Министерства здравоохранения Российской Федерации

КАРТОЧКА СЛУШАТЕЛЯ

Программа повышения квалификации, (стажировки на рабочем месте) _____

Сроки проведения обучения _____

Фамилия, Имя, Отчество слушателя _____

Дата рождения _____

Паспортные данные: серия _____ № _____ кем выдан _____

дата выдачи _____

Сведения о высшем образовании: окончил (а) в _____ году
(наименование ВУЗа, факультета)

Диплом: серия _____ номер _____ дата выдачи _____

Специальность по диплому _____

Сведения об образовании:

Окончил (а) интернатуру да / нет в _____ году по специальности _____

(нужное подчеркнуть)

ординатуру да / нет в _____ году по специальности _____

(нужное подчеркнуть)

Сертификат специалиста: серия _____ номер _____ рег. номер _____ специальность _____

Свидетельство (удостоверение) о повышении квалификации: рег. номер _____

Сведения о прохождении профессиональной
переподготовки _____

(укажите название программы профессиональной переподготовки, год и место прохождения)

Диплом: серия _____ номер _____ дата выдачи _____ специальность _____

Место работы (название медицинской организации, министерства или ведомства по подчиненности,
структурного подразделения): _____

Адрес, телефон, адрес электронной почты (рабочий) _____

Занимаемая должность и стаж работы в ней: _____

Адрес проживания: _____

(индекс/адрес по прописке)

Адрес электронной почты, контактный телефон: _____

Дата прибытия на обучение _____ 20__ г.

Подпись слушателя _____

Сотрудник
отдела ВиДПО _____ 20__ г.

подпись

ФИО