

**ФГБУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России
Институт подготовки медицинских кадров**

КАРТОЧКА СЛУШАТЕЛЯ

(Заполняется печатными буквами; все графы обязательны для заполнения)

Наименование цикла и даты проведения

-
-
1. Фамилия _____
 2. Имя _____
 3. Отчество _____
 4. Дата рождения _____
 5. СНИЛС _____
 6. Паспорт серия _____, номер _____, кем выдан: _____,
когда выдан _____
 7. Адрес места жительства: **ИНДЕКС** _____

 8. Место работы « _____ »
индекс, адрес учреждения _____

 9. Должность _____
 10. Специальность по диплому (специалитет): _____

 11. Серия диплома _____, номер диплома _____, дата выдачи _____
 12. Мобильный телефон _____
 13. Адрес электронной почты _____

Подпись _____