

ГБПОУ СК «Пятигорский медицинский колледж»

ДЕЛО

лица, обучающегося на отделении дополнительного профессионального образования

Ф.И.О. (полностью) _____

Дата рождения _____ (полных лет) _____

Уровень образования _____

Специальность по диплому _____

Программа обучения _____

Вид обучения:

ПО ДО ДПО ПП ДПО ПК (нужное отметить)

Трудоемкость (час) _____

Порядок оплаты: физ. лицо юр. лицо (нужное отметить)

(для юр. лица наименование организации)

Номер телефона обучающегося _____

Дата начала занятий _____

