

КАРТОЧКА СЛУШАТЕЛЯ

№ группы _____ Отделения дополнительного образования

Наименование цикла _____

Вид обучения _____ Форма обучения _____

Дата начала цикла _____ № путевки _____

Серия и номер диплома _____

Ф., И., О. _____

Года рождения _____

Наименование училища, которое окончил _____

Дата окончания училища _____

Специальность по диплому _____

Место работы _____

Занимаемая должность _____

Стаж работы в занимаемой должности _____

Общий медицинский стаж _____

Усовершенствование на базе _____

_____ № сертификата _____ Год _____

Ранее проходил специализацию на базе _____

_____ № удостоверения _____ Год _____

Категория и год присвоения (подтверждения) _____

Рабочий телефон _____

Мобильный (домашний) телефон _____

Домашний адрес _____

Личная подпись слушателя _____

Дата заполнения карточки _____