

ЗРАЗОК+

(дозвіл на виконання ВКР)

Декану фармацевтичного факультету
професору, Зайченко Г.В.

студента /студентки групи _____

форма навчання _____

ПІБ _____

Контактні данні _____

ЗАЯВА

Прошу дозволити мені виконувати випускню кваліфікаційну роботу (ВКР)
на кафедрі _____ (назва кафедри)
під керівництвом _____ (ПІБ, науковий ступень, наукове
звання, посада керівника).

Тема	випускної	кваліфікаційної	роботи
_____ (назва)			

Дата

Підпис студента

Підпис завідувача кафедри

Підпис керівника ВКР