

В Федеральный аккредитационный центр
высшего медицинского образования, высшего
и среднего фармацевтического образования,
а также иного высшего образования
ФГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России

Заявление

Фамилия, имя, отчество (при наличии)

дата рождения

страховой номер индивидуального лицевого счета

e-mail

номер телефона

индекс, почтовый адрес

сведения о документе, удостоверяющем личность
(наименование вида документа, серия и номер
документа, наименование органа, выдавшего документ,
дата выдачи документа)

Прошу предоставить выписку из протокола номер _____ от _____ 2023 г.

(место проведения наименование образовательной организации)

по специальности

Выписку прошу направить на электронную почту.

подпись

дата