

МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
КАМЧАТСКОГО КРАЯ

(Минздрав Камчатского края)

Почтовый адрес:

пл. Ленина, д. 1,

г. Петропавловск-Камчатский, 683040  
Место нахождения:

ул. Ленинградская, д. 118,  
г. Петропавловск-Камчатский, 683003,  
тел. 8(4152) 42 47 02, факс 8(4152) 42 47 02  
ЭЛ. почта [ozo@Kamgov.ru](mailto:ozo@Kamgov.ru)

Руководителям учреждений здравоохранения Камчатского края

26.09.2016 № 21.07/8140

Министерство здравоохранения Камчатского края организует проведение очно-заочного сертификационного цикла повышения квалификации по специальности «Актуальные вопросы педиатрии» преподавательским составом Института повышения квалификации специалистов здравоохранения» г. Хабаровска (далее - КГБОУ ДПО ИПКСЗ).

Срок проведения цикла с 22.10.2016 по 19.11.2016, очная часть - с 07.11.2016 по 18.11.2016.

Для составления договоров на проведение цикла необходимо направить заявку (образец прилагается) на имя ректора КГБОУ ДПО ИПКСЗ Чижовой Галины Всеволодовны. В заявке необходимо указать, наименование учреждения (согласно Уставу), почтовый адрес учреждения, фамилию, имя, отчество руководителя и слушателя (полностью), занимаемую должность слушателя, банковские реквизиты учреждения, (оплату за обучение гарантируем, если физическое лицо будет оплачивать, то формулировка «оплата за счет средств слушателя»), контактные телефоны.

Заявку в КГБУ ДПО ИПКСЗ необходимо направить в срок не позднее 30 сентября 2016 года электронной почтой - [rec@ipksz.khv.ru](mailto:rec@ipksz.khv.ru), с последующим подтверждением на бумажном носителе по почте по адресу: 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, д. 9, факс (4212) 72 87 15.

Копию заявки на имя Чижовой Г.В. направить в отдел организационно­кадровой работы и наград Минздрава Камчатского края.

Министр

C:\Users\DEREVT~1\AppData\Local\Temp\FineReader12.00\media\image2.jpeg

Т.В. Лемешко

Исполнитель:

Грушевская Татьяна Ивановна, тел. 42 83 53

Образец

Заявка от учреждения на выездной цикл повышения квалификации

(общего усовершенствования)

|  |  |
| --- | --- |
| БЛАНК или ШТАМП | |
| учреждения |  |
|  | Ректору КГБОУ ДПО «ИПКСЗ» Минздрава Хабаровского края |
|  | Г.В. Чижовой |
| ЗАЯВКА |  |
| Прошу зачислить на выездной цикл | общего усовершенствования в |
| Петропавловске-Камчатском по специальности «Лечебная физкультура и спортивная медицина» с 01.02.2016 по 27.02.2016 | |
| указать должность | |

(Ф.И.О. полностью)

Указать - наименование учебного заведения, который закончил  
специалист: год окончания, специальность по диплому.

Для врачей: интернатура - год окончания, специальность, (или)  
клиническая ординатура - год окончания, специальность, профессиональная  
переподготовка по специальности .

Стаж по специальности .

**ОПЛАТУ ГАРАНТИРУЕМ. ЮРИДИЧЕСКИЙ АДРЕС, ФИО  
руководителя полностью, БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ  
УЧРЕЖДЕНИЯ.**

Руководитель учреждения подпись

М.П.