

Директору ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы» Батышевой Т.Т.

ЗАЯВЛЕНИЕ

От_____

Направление/специальность_____

Прошу вас учесть баллы первичной аккредитации

количество набранных баллов в конкурсе
по направлению/специальности подготовки

_____ полное название специальности Аккредитация (тестирование)
успешно пройдено в

_____ наименование учреждения прохождения аккредитации (допустимы
только официальные сокращения)

Дата_____ Подпись_____