

НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
ІМЕНІ П.Л.ШУПИКА

ТЕХНОЛОГІЧНА КАРТКА ПРОХОДЖЕННЯ ЦИКЛУ

Кафедра _____
Назва циклу _____
Який ЗВО закінчив (повна назва) _____
В якому році _____ Диплом (копія) № _____
Спеціальність в інтернатурі _____
Дата закінчення інтернатури _____
1.Прізвище, І.Б. _____
2.Загальний лікарський стаж (повних років) _____
3.Попередній фах _____
4.Фах і тепершній час _____
5.Стаж роботи за фахом _____
6.Посада за місцем роботи _____
7.Атестаційна категорія(підкреслити) НЕМАЄ ДРУГА ПЕРША ВИЩА
8.Мета(підкреслити) ПІДТВЕРДЖЕННЯ або ПРИСВОЄННЯ
9.УОЗ (відомство) _____
10.Місто або село (підкреслити) _____
11.Повна назва установи де працюєте _____

Підпис декана факультету _____ ПІБ _____

Підпис куратора циклу _____ ПІБ _____