

Заявка на участие

в программе повышения квалификации

специалистов со средним медицинским образованием

«Особенности оказания сестринской помощи пациентам с онкогематологическими заболеваниями»

|  |  |
| --- | --- |
| Ф.И.О. |  |
| Дата рождения |  |
| Должность |  |
| Место работы |  |
| Образование |  |
| Квалификационная категория |  |
| Контакты: номер телефона, электронная почта |  |