

Заявка
участника областного конкурса средних медицинских работников «Лучший средний медицинский работник образовательной организации»

Учреждение здравоохранения, которое Вы представляете, юридический адрес, контактные данные, сайт, телефоны рабочий и мобильный

2. Фамилия, имя, отчество _____

3. Дата рождения _____

4. Образовательная организация, в которой Вы работаете, занимаемая должность _____

(юридический адрес, контактные данные, адрес эл. почты, контактные телефоны директора образовательной организации, сайт)

5. Образование _____

(наименование образовательного учреждения, год его окончания)

(специальность по диплому)

6. Общий медицинский стаж _____

7. Стаж работы по занимаемой должности _____

8. Квалификационная категория (какая, по какой специальности, когда присвоена) _____

Повышение квалификации за последние 5 лет (когда, где, название цикла) _____

9. Наличие государственных наград, почетных званий _____

10. Участие в форумах, конференциях, круглых столах, участие в массовые профилактические мероприятия (фотоматериалы, ссылки на мероприятие, локальные нормативно-правовые документы, скриншоты, с указанием категории и количества участников)

Дата заполнения

Личная подпись _____