

## 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 \_\_\_\_\_