

УТВЕРЖДАЮ:

Директор обособленного
подразделения
№1 в г. Чита **ООО «СЦЛХ»**



ИНФОРМАЦИЯ
ОБ УРОВНЕ ОБРАЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Должнос ть	Документы, подтверждающие уровень образования		
			Профессиональное образование (документ, серия и номер, уровень образования, кем выдан, год выдачи, специальность, квалификация)	Последипломное образование (документ, серия и номер, уровень образования, кем выдан, год выдачи, специальность, квалификация)	Дополнительное профессиональное образование (документ, серия и номер, уровень образования, кем выдан, год выдачи, специальность, квалификация)
1	2		3	4	5
					6
					Сертификат специалиста или свидетельство об аккредитации (документ, серия и номер, кем выдан, дата выдачи, специализация)