

Директору
ГАПОУ «Агинский медицинский колледж
им. В.Л. Чимитдоржиева» Д.Ц.Бадмаеву

От _____

Адрес(прописка по паспорту)г. _____
_____ ул. _____

Тел. Контактный _____

Наименование СУЗа и год его
окончания _____

Специальность _____

Проф.переподготовка _____

Наличие сертификата (специальность) _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять меня на цикл (наименование цикла, сроки его
проведения) _____

Оплату гарантирую.

« _____ » _____ 2025г.

подпись