

НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ  
імені П.Л. ШУПІКА

Анкета

ТЕХНОЛОГІЧНА КАРТКА ПРОХОДЖЕННЯ ЦИКЛУ

П.І.Б. \_\_\_\_\_  
Рік народження \_\_\_\_\_  
Місце роботи \_\_\_\_\_  
Посада \_\_\_\_\_  
Категорія з ФД \_\_\_\_\_  
Претендую на \_\_\_\_\_  
Закінчив (ла) \_\_\_\_\_ факультет \_\_\_\_\_ рік  
Спеціальність \_\_\_\_\_  
Стаж загальний \_\_\_\_\_ з функт. д-ки \_\_\_\_\_  
на останній посаді \_\_\_\_\_  
Ким відряджений на курси? \_\_\_\_\_  
Диплом серія № \_\_\_\_\_

Кафедра \_\_\_\_\_  
Назва циклу \_\_\_\_\_  
Який ВУЗ закінчив (повна назва) \_\_\_\_\_  
В якому році \_\_\_\_\_ Диплом (копія) № \_\_\_\_\_  
Спеціальність в інтернатурі \_\_\_\_\_  
Дата закінчення інтернатури \_\_\_\_\_

1. Прізвище, І., Б. \_\_\_\_\_ \*
2. Загальний лікарський стаж (повних років) \_\_\_\_\_
3. Попередній фах \_\_\_\_\_
4. Фах в теперішній час \_\_\_\_\_ \*\*
5. Стаж роботи за фахом \_\_\_\_\_
6. Посада за місцем роботи \_\_\_\_\_
7. Атестаційна категорія (підкреслити) НЕМАЄ, ДРУГА, ПЕРША, ВИЩА \_\_\_\_\_
8. Мета (підкреслити) ПІДТВЕРДЖЕННЯ або ПРИСВОЄННЯ \_\_\_\_\_
9. УОЗ (відомство) \_\_\_\_\_
10. Місто або село (підкреслити) \_\_\_\_\_
11. Повна назва установи \_\_\_\_\_
12. Вид діяльності (№ п) за наказом №484 \_\_\_\_\_
13. Сумарна кількість балів за наказом №484 \_\_\_\_\_

Підпис декана факультету \_\_\_\_\_ ПШБ \_\_\_\_\_ \*\*\*

Підпис куратора циклу \_\_\_\_\_ ПШБ \_\_\_\_\_

Що цікавить на курсах? \_\_\_\_\_  
Сл. тел. (код) \_\_\_\_\_ Дом. тел. \_\_\_\_\_  
Моб. тел. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_  
Дата заповнення \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ р.

\* Прізвище, ім'я, по батькові - великими друкованими літерами

\*\* Для лікарів, що мають кілька спеціальностей, вказується лише та, яка має відношення до даного циклу.

\*\*\*Тільки декан відповідного факультету