

И.о. ректора КГБОУ ДПО ИПКСЗ
С.М. Колесниковой

ЗАЯВЛЕНИЕ
о согласии на зачисление

Я, _____,
паспорт серии _____, номер _____, выданный _____

" _____ " _____ года, в соответствии с Правилами приема в Краевое
государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного
профессионального образования "Институт повышения квалификации
специалистов здравоохранения" министерства здравоохранения
Хабаровского края, даю согласие на зачисление _____

_____ (в рамках контрольных цифр приема / по договорам об образовании, заключенным при приеме на обучение за счет
средств физических и (или) юридических лиц)

по образовательной программе высшего образования – программа научно-
педагогических кадров в аспирантуре по научной специальности _____, на очную /
заочную форму обучения *(нужное подчеркнуть)*.

_____/ _____ " _____ " _____ Г.
Подпись ФИО