ИНФОРМАЦИОННАЯ КАРТА СЛУШАТЕЛЯ

1. Фамилия, имя, отчество:

2. Дата рождения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Место работы (адрес, название ЛПУ):

4. Должность, подразделение:

5. Принадлежит ли Ваше учреждение к Федеральному медико-биологическому агентству:

да, нет (нужное обвести).

1. Ваша специальность: .
2. Квалификационная категория: .
3. Стаж работы: общий лет; по специальности лет.
4. Проходили ли Вы ранее повышение квалификации в данном образовательном учреждении: да, нет (нужное обвести).

10. На какой кафедре (каком курсе) обучаетесь в данный момент: Инновационного медицинского менеджмента

11. Вид обучения: ПП, **ПК**, индивидуальное обучение, мастер-класс,   
ординатура .

(нужное обвести, недостающее вписать)

12. Название цикла: **«Контроль качества и безопасности медицинской деятельности и экспертиза временной нетрудоспособности»**

13. Вид цикла: бюджетный, договорный.

(нужное обвести, недостающее вписать)

1. Форма обучения: очная, индивидуальная, **с применением дистанционных образовательных технологий**

(нужное подчеркнуть)

1. Срок проведения обучения: с по
2. Продолжительность обучения: 144 час.
3. Подпись слушателя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_