ГЛАВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

ГОМЕЛЬСКОГО ОБЛАСТНОГО ИСПОЛНИТЕЛЬНОГО КОМИТЕТА

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| СОГЛАСОВАНО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_учреждения «Гомельский областной клинический онкологический диспансер»наименование должности руководителя организации, в которой осуществляется стажировка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_202\_\_\_(дата) |  | УТВЕРЖДАЮ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_наименование должности руководителя организации, в которой осуществляется стажировка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_202\_\_\_(дата) |

**УЧЕБНАЯ ПРОГРАММА СТАЖИРОВКИ**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

наименование тематики

Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется)

Должность служащего проходящего стажировку

Сроки стажировки:

Место стажировки:

Руководитель стажировки:

Цель и задачи стажировки:

Предполагаемый результат стажировки:

**Содержание стажировки:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Содержание работы (основные направления и виды работ) | Срок исполнения | Отметка о выполнении и подпись руководителя стажировки |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |

Разработчик:

(И.О.Фамилия, должность)

Учебная программа стажировки рассмотрена и рекомендована к утверждению

наименование коллегиального органа организации-заказчика, рассмотревшего программу и рекомендовавшего ее к утверждению

(протокол № от )