

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения РФ

## Институт дополнительного профессионального образования

### АНКЕТА

Наименование цикла \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1. Ф.И.О. \_\_\_\_\_

2. Дата рождения \_\_\_\_\_

3. Место работы, занимаемая должность \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Оконченное учебное учреждение, год окончания \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Серия диплома \_\_\_\_\_ Номер диплома \_\_\_\_\_

6. Специальность в настоящее время \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Общий врачебный стаж \_\_\_\_\_

8. Стаж работы по специальности \_\_\_\_\_

9. Домашний адрес \_\_\_\_\_

10. Контактный телефон \_\_\_\_\_

11. СНИЛС \_\_\_\_\_

12. Электронная почта \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_