

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ЗАТВЕРДЖУЮ:

Посада керівника ЗОЗ, до якого розподілено лікаря
(фармаєвта)-інтерна

Ім'я, Прізвище, підпис

«___» _____ 20__ року

ПЛАН-ГРАФІК
відряджень лікаря (фармацевта)- інтерна

Лікар-інтерн: _____
прізвище, ім'я, по батькові

Спеціальність: _____

№ з/п	Назва розділу (розділів) програми підготовки	Заклад охорони здоров'я, до якого відряджається	Тривалість відрядження	Дата початку відрядження	Дата закінчення відрядження

Керівник лікаря-інтерна на практичній частині проходження програми підготовки в інтернатурі:

_____ підпис

_____ Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

ПОГОДЖЕНО:

Керівник лікаря-інтерна на освітній частині проходження програми підготовки в інтернатурі:

_____ підпис

_____ Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Ознайомлений:

Лікар-інтерн

_____ підпис

_____ Прізвище, ініціали

_____ дата