

**Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр терапии и
профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России)
Институт профессионального образования и аккредитации**

КАРТОЧКА КУРСАНТА

(Заполняется печатными буквами; все графы обязательны для заполнения)

1. Фамилия _____
2. Имя _____
3. Отчество _____
4. Дата рождения _____
5. СНИЛС _____ ИНН _____
6. Адрес места жительства: **ИНДЕКС** _____

7. Место работы « _____ »
индекс, адрес учреждения _____

8. Должность _____
9. Общий стаж работы по специальности _____ (лет)
10. Стаж работы в последней должности _____ (лет)
11. Наименование вуза (по диплому)

12. Дата окончания вуза: « ____ » _____ год.
13. Серия и номер диплома, дата выдачи, фамилия (на момент получения диплома)

14. Мобильный телефон _____
15. Адрес электронной почты _____