ОБРАЗЕЦ ПИСЬМА О ВЫДЕЛЕНИИ НАПРАВЛЕНИЯ

Директору

Учреждения образования «Оршанский государственный медицинский колледж»

Степанову Ю.Г.

ул. Владимира Ленина, 195

211388, г. Орша

***«Наименование организации»*** просит обучить работника (ков) ***Фамилия, Имя, Отчество, должность***по образовательной программе повышения квалификации(переподготовки) «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»

Предполагаемый срок обучения с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Оплату гарантируем.

Директор

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

Главный бухгалтер