

ЗРАЗОК ЗАЯВИ СТУДЕНТА

Ректору ПВНЗ "Київський медичний
університет"
Івнєву Б.Б.

Студента _____
(ПІБ)
_____ факультету ___ курсу ___ групи

З А Я В А

Прошу дозволити проходити виробничу практику

(найменування виробничої практики)

За місцем проживання _____

(найменування міста, району, області та лікувального закладу (аптеки))

“ _____ ” _____ 20__ р.

_____ (підпис)