

Ректору ПВНЗ «Київський медичний
університет»
д.мед.н., проф. Івнєву Б.Б.
студента 5 (6) курсу
фармацевтичного ф-ту
_____ групи
ПІБ студента

ЗАЯВА

Прошу дозволити мені проходити спеціалізацію «Контроль якості ЛЗ» по кафедрі фармацевтичної і біологічної хімії, фармакогнозії.

дата

підпис