



КИЇВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
KYIV MEDICAL UNIVERSITY  
EST.1992



Ректору ПВНЗ «Київський  
медичний університет»  
д.мед.н., проф. Івнєву Б.Б.  
лікаря-інтерна (провізора-інтерна)  
за спеціальністю «\_\_\_\_\_»  
ПІБ \_\_\_\_\_  
тел.: \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_@kmu.edu.ua

### Заява

Прошу Вашого дозволу на переведення до інтернатури з  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р на \_\_\_\_\_ рік навчання за спеціальністю «\_\_\_\_\_».

Згоду ректора на переведення додаю.

Дата

Підпис

POSTGRADUATE  
FACULTY  
— KYIV MEDICAL UNIVERSITY —