**заявка оформляется на официальном бланке медицинской организации**

**ЗАЯВКА**

**на участие в городском конкурсе профессионального мастерства**

**«Московские мастера» по профессии «Медицинская сестра» в 2024 году**

|  |  |
| --- | --- |
| Полное наименование медицинской организации |  |
| Фамилия Имя Отчество конкурсанта (полностью) |  |
| Должность |  |
| Контактный телефон конкурсанта |  |
| Адрес электронной почты конкурсанта |  |
| Официальный телефон и адрес электронной почты медицинской организации |  |

Подпись участника конкурса \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

расшифровка

Подпись руководителя медицинской организации

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

расшифровка

М.П.