

ЗАЯВКА
на обучение вновь избранных председателей,
заместителей председателя
первичной профсоюзной организации работников здравоохранения

(наименование учреждения)

№ пп	Фамилия, Имя, Отчество (полностью)	Занимаемая должность в учреждении	Телефон
1.			
2.			
3.			
4....			

Председатель первичной
профсоюзной организации _____ (_____)
подпись (расшифровка подписи)