Директору ГБПОУ Чайковский медицинский колледж»

Т.А. Козловой

обучающейся(гося)\_\_\_\_\_ курса

группы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

Контактный тел:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**заявление.**

Прошу выдать мне справку об обучении (или *о периоде обучения*) в Чайковском медицинском колледже для предоставления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Период обучения с \_\_\_\_\_ года по \_\_\_\_\_ год по специальности *(указать специальность).*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (подпись)