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)