Додаток 5

План атестації молодших спеціалістів з медичною освітою на 20 рік

 відділення

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Прізвище, ім’я, по батькові | Посада | Назва структурного підрозділу | Стаж роботи за спеціальністю, за якою атестується | Строк проходження курсів | Вид атестації |
| **ЛЮТИЙ** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **ТРАВЕНЬ** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **ВЕРЕСЕНЬ** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **ЛИСТОПАД** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |