

УТВЕРЖДЕНА
приказом
министерства здравоохранения
Самарской области
от 07.09.2015 г. № 1331

Форма

Индивидуальный план
непрерывного профессионального развития
медицинского (фармацевтического) работника

Период обучения:

с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.

Ф.И.О. _____

Дата рождения _____

Контактный телефон _____

Название и адрес медицинской организации (далее – МО) _____

Название структурного подразделения _____

Занимаемая должность _____

Ф.И.О. руководителя МО _____

Содержание плана (составляется на каждый год обучения)

_____ (указать год обучения)

№ п/п	Вид образовательного мероприятия	Дата проведения	Подтверждающий документ	Число кредитов
1.				
2.				
...				
		ИТОГО КРЕДИТОВ		

Руководитель МО _____ (подпись, расшифровка подписи)

Дата «__» _____ 20__ г.