

ЗРАЗОК ЗАЯВИ  
ДЛЯ ДЕПАРТАМЕНТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

**заява пишеться виключно рукописно**

Директору Департаменту охорони  
здоров'я  
Одеської обласної державної адміністрації  
Наталії ОДАРІЙ-ЗАХАР'ЄВИЙ  
Випускника (ці) Одеського національного  
медичного університету  
(або іншого ВНЗ)  
медичного/стоматологічного факультету  
П.І.Б. повністю (по-батькові за наявністю)  
Мобільний номер телефону: \_\_\_\_\_  
Електронна адреса: \_\_\_\_\_

Заява

Прошу зарахувати мене на практичну частину інтернатури відповідно до  
направлення (вказати повну назву Вищого Навчального Закладу) від  
\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_.

Дата:

Підпис: