**ОТЗЫВ О ВЫПОЛНЕНИИ СТАЖЁРОМ УЧЕБНОЙ ПРОГРАММЫ СТАЖИРОВКИ**

Выдано лицу, проходящему стажировку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется)

в том, что он (она) проходил(а) стажировку в учреждении «Гомельский областной клинический онкологический диспансер»

(наименование государственной организации здравоохранения областного или республиканского уровней оказания медицинской помощи)

За время стажировки освоено следующее содержание:

Стажёру рекомендовано:

Руководитель стажировки \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка подписи)

Руководитель базы стажировки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка подписи)