|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | **НА БЛАНКЕ ОРГАНИЗАЦИИ:**  Полное и краткое наименование  Телефон, факс  Адрес  Реквизиты | Генеральному директору  ЧОУ ДПО «Мастер»  Шараповой О.В. | |  |

ЗАЯВКА

Просим провести обучение и проверку знаний руководителей и специалистов по программе «Охрана труда»

Оплату гарантируем.

Список сотрудников

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | ФИО (полностью) | Год рождения | Образование | Должность | Причина проверки знаний (первичная,  очередная,  внеочередная), |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись Ф.И.О.