Приложение

к письму Калининградского областного

института развития образования

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВКА

на обучение на курсах повышения квалификации по программе дополнительного профессионального образования

«Особенности образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья в соответствии с ФГОС»

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Фамилия имя отчество | Должность | Место работы |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

ФИО контактного лица

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_