



Частное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования

«СЕВЕРО-ЗАПАДНАЯ ВЫСШАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ШКОЛА»

Лицензия № 3562 от 05.09.2018

СВИДЕТЕЛЬСТВО

Настоящее свидетельство подтверждает, что

в объеме _____ часов :

Фамилия, имя, отчество

с «__» _____ 201_ г. по «__» _____ 201_ г.

прослушал(а) курс по программе

«*наименование программы*»

1.

2.

3.

4.

5.

6.

Регистрационный номер _____

Сдал(а) итоговую аттестацию с оценкой-

М.П.

Директор

Санкт-Петербург

