Члену Правительства

Орловской области – руководителю Департамента

здравоохранения

Орловской области

ГАРАНТИЙНОЕ ПИСЬМО

В целях кадрового обеспечения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

наименование бюджетного учреждения здравоохранения Орловской области

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

гарантирую обязательное трудоустройство направляемых абитуриентов после завершения обучения в организации, осуществляющей образовательную деятельность по образовательным программам высшего (среднего) образования в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование образовательной организации)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование образовательной организации | Наименование специальности | Ф.И.О. абитуриента | Место жительства  абитуриента |
|  |  |  |  |  |

Главный врач Ф.И.О.