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 жительстваабитуриента |
|  |  |  |  |  |

Главный врач Ф.И.О.