**Приложение к Положению**

**о структурном подразделении –**

**Службе дополнительного образования**

**ОГБУ СРЦН «Феникс»**

**Департамент Смоленской области по социальному развитию\_\_\_\_\_**

 **областное государственное бюджетное учреждение « Смоленский**

**социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Феникс»**

**(ОГБУ СРЦН «Феникс»)**

214031 г. Смоленск, ул. Рыленкова, д. 8 тел. / факс (4812) 61-08-75, 55-30-74

e-mail: smolfeniks@mail.ru

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**20 №**\_\_\_\_**

ЗАЯВКА

на повышение квалификации специалистов учреждений и организаций в сфере социальной защиты, образования, семейной политики и защиты детства по программе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование учреждение | Ф.И.О. участника | Должность участника |
|  |  |  |  |

Директор учреждения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка подписи)