

**СВИДЕТЕЛЬСТВО**  
**о прохождении повышения квалификации**  
**к диплому СБ № 5930717**

**Фамилия**            **ПРОНЬКИНА**

**Имя**                    **ИРИНА**

**Отчество**            **ЮРЬЕВНА**

**Сведения о прохождении повышения квалификации**

Год	Учреждение, в котором проходил(а) повышение квалификации	Название цикла специализации или усовершенствования	Продолжительность обучения	Занимаемая должность в момент направления на повышение квалификации
2015	Центр повышения квалификации специалистов здравоохранения Департамента здравоохранения города Москвы	Сестринское дело в стоматологии  М.П. Подпись Председатель экзаменационной квалификационной комиссии	144 часа 30.10.2015 г.- 30.11.2015 г.	
		М.П. Подпись Председатель экзаменационной квалификационной комиссии		
		М.П. Подпись Председатель экзаменационной квалификационной комиссии		