

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»**

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

**Проректор з науково-педагогічної
та лікувальної роботи,**

проф. _____ І.В.Ксьонз

« ____ » _____ 201_р.

ЗВІТ

з лікувальної роботи за 201__-201__ рр. (за останні 3 роки)

**завідувача, професора, доцента, асистента кафедри (назва
кафедри)**

доктора, кандидата медичних наук

прізвище, ім'я, по батькові

на підтвердження, (присвоєння)

вищої, (першої, другої) кваліфікаційної категорії

за спеціальністю «назва спеціальності»

Стаж роботи за фахом _____ років

Полтава – 201__р.