

**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.**