

Ректору Запорізького державного  
медичного університету  
професору Колеснику Ю.М.  
аспіранта (здобувача) кафедри \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ курсу \_\_\_\_\_ форми навчання  
спеціальність \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ПШБ

### **Заява**

Прошу відрахувати мене із аспірантури у зв'язку із захистом дисертації на здобуття ступеня доктора філософії (дата захисту дисертації) до закінчення терміну підготовки (термін навчання **01.09.2017-31.08.2021**).

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

\_\_\_\_\_  
Підпис

Погоджено:

Зав. відділу аспірантури і докторантури

\_\_\_\_\_  
ПШБ

\_\_\_\_\_  
Підпис

Проректор з наукової роботи

\_\_\_\_\_  
ПШБ

\_\_\_\_\_  
Підпис