

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

ПШБ

Заява

Прошу відрахувати мене з «_____» _____ 20__ р. із аспірантури за власним бажанням, у зв'язку зі зміною місця проживання.

«_____» _____ 20__ р.

Підпис

Погоджено:
Науковий керівник

ПШБ

Підпис

Зав. відділу аспірантури і докторантури

ПШБ

Підпис

Проректор з наукової роботи

ПШБ

Підпис