

**ЧАСТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«Клевер Скул»**

Заявка

на обучение по дополнительной профессиональной программе
профессиональной переподготовки

№ п/п	ФИО	место работы /должность	эл. почта	телефон	почтовый адрес	Наименование программы (на выбор)	Подпись
1.						«Педагог профессионального обучения, профессионального образования и дополнительного профессионального образования»	
2.						«Педагог дополнительного образования детей и взрослых»	