


**Утверждаю:**  
**Начальник департамента**  
**здравоохранения и социальной защиты**  
**населения области – заместитель**  
**председателя Правительства области**  
  
**И.Залогин**

**ЗАЯВКА**  
**на обучение по программам специалитета за счет средств федерального**  
**бюджета на базе ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский**  
**университет»**

Наименование учреждения здравоохранения области, которое направляет гражданина на обучение	По заявке	Выделено мест 7	По заявке	Выделено мест 3	По заявке	Выделено мест
	Лечебное дело		Педиатрия		Стоматология	
МБУЗ «Городская больница №1» г. Старый Оскол	2	1	2	1		
ОГБУЗ «Корочанская центральная районная больница»	2	1				
ОГБУЗ «Ивнянская центральная районная больница»	2	1	2	1	1	
ОГБУЗ «Шебекинская центральная районная больница»	2	1	1			
ОГБУЗ «Грайворонская центральная районная больница»	1					
МБУЗ «Городская больница № 2» Старооскольского городского округа	11	1				
МБУЗ «Станция скорой медицинской помощи» г. Белгорода	1	1				
МБУЗ «Старооскольская центральная районная больница»	2					
МБУЗ «Губкинская центральная районная больница»	5	1				
МБУЗ «Городская детская поликлиника №3» г. Старый Оскол			3	1		
МБУЗ «Городская детская больница» г. Белгорода			2			
<b>Всего:</b>	<b>28</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	