**Přihláška k akreditovanému kvalifikačnímu kurzu Zubní instrumentářka**

|  |
| --- |
| Příjmení, jméno Titul |
| Datum narození:Místo narození: |
| Adresa bydlištěObec:Ulice, č.p.:PSČ: |
| KontaktTelefon:e-mail: |
| Dosažené vzdělání:Název školy:Obor:Rok ukončení: |
| Zaměstnavatel:Název:Adresa zaměstnavatele:Pracovní zařazení: |
| Podpis: |

Přihlášku prosím vyplnit a odeslat společně s potvrzením zdravotní způsobilosti od lékaře na adresu

Jana Katonová

VOŠZ a SZŠ

Komenského 234

500 03 Hradec Králové

Případně lze dokumenty naskenovat a odeslat mailem na adresu jana.katonova@zshk.cz

V případě odeslání mailem uschovejte prosím originál dokumenty, odevzdáte je první den zahájení kurzu.