**Přihláška k akreditovanému kvalifikačnímu kurzu Zubní instrumentářka**

|  |
| --- |
| Příjmení, jméno Titul |
| Datum narození:  Místo narození: |
| Adresa bydliště  Obec:  Ulice, č.p.:  PSČ: |
| Kontakt  Telefon:  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 [lenka.cechova@zshk.cz](mailto:lenka.cechova@zshk.cz).

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