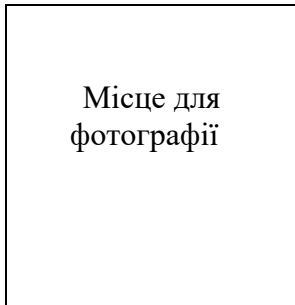


**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**



**СЕРТИФІКАТ  
ЛІКАРЯ-СПЕЦІАЛІСТА  
N \_\_\_\_\_**

М. П.

Видано

\_\_\_\_\_ (прізвище, ім'я, по батькові)  
про те, що він (вона) \_\_\_\_\_ атестувався(лася)  
(дата)

при

\_\_\_\_\_ (найменування закладу вищої медичної освіти)  
і наказом по

\_\_\_\_\_ (найменування закладу вищої медичної освіти)  
від "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ року N \_\_\_\_\_

йому (їй) присвоєно (підтверджено) звання лікаря-спеціаліста за спеціальністю

\_\_\_\_\_ (назва спеціальності згідно з Номенклатурою лікарських спеціальностей)

Дійсний до "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ року

Керівник закладу вищої медичної освіти

\_\_\_\_\_  
(підпис)

\_\_\_\_\_  
(П. І. Б.)

Голова атестаційної комісії

\_\_\_\_\_  
(підпис)

\_\_\_\_\_  
(П. І. Б.)