|  |
| --- |
| Директору |
| БУ «Нижневартовский медицинский  |
| колледж» |
| П.В. Исупову |
| от |
|  |  |
|  | обучающегося группы, телефон |
|  | фамилия |
|  | имя |
|  | отчество |

заявление

Прошу отчислить меня по собственному желанию из числа обучающихся \_\_\_\_\_ группы, специальность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_формы обучения с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_