

ШТАМП ОРГАНИЗАЦИИ/ осн.сведения

**В организационный комитет
Чемпионата «Абилимпикс»,
Санкт-Петербург
2017**

№ _____ от «___» _____ 2017 г.

Заявка

Просим включить в состав участников 2-го регионального **Чемпионата «Абилимпикс»** по компетенции «Медицинский и социальный уход»

№ п/п	Фамилия, имя, отчество участника	Должность участника	Фамилия, имя, отчество эксперта	Должность эксперта	Телефон/Е-mail эксперта

Руководитель организации