**Ձև N6**

**ՀՀ ԶԻՆԱՆՇԱՆԸ ՇՄԶ ՄԻՋՈՑԱՌՄԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊԻՉՆԵՐԻ**

**ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԱՆՀԱՏԱԿԱՆԱՑՄԱՆ ՄԻՋՈՑՆԵՐԸ**

**ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ** (առկայությանդեպքում)

**Վ Կ Ա Յ Ա Կ Ա Ն**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|    |
| Տրված է \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_առ այն, որ նա մասնակցել/վարել է (ՇՄԶ միջոցառման մասնակցի անուն, ազգանուն)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ՇՄԶ միջոցառման անվանումը, բնույթը)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ՇՄԶ միջոցառման անցկացման ամսաթիվը, վայրը)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(շնորհվող ՇՄԶ կրեդիտի քանակը և բնույթը) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(թիրախային լսարանը)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարար |  ՄԳՀԱԿ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Կազմակերպիչ/դասավանդող |
|  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | անունը, ազգանունը,(ստորագրությունը) |

 |
|  |  |