**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) | | |
|  |  |