**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 | ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ ՄԳՀԱԿ | Կազմակերպիչ/դասավանդող |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | անունը, ազգանունը,(ստորագրությունը) |

 |
|  |  |