

ՀՀ ԶԻՆԱՆՇԱՆԸ  
ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ  
ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ

ՇՄՁ ՄԻՋՈՑԱՌՄԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԶՆԵՐԻ  
ԱՆՀԱՏԱԿԱՆԱՑՄԱՆ ՄԻՋՈՑՆԵՐԸ  
(առկայության դեպքում)

## Վ Կ Ա Յ Ա Կ Ա Ն

Տրված է \_\_\_\_\_ առ այն, որ նա մասնակցել/վարել է  
(ՇՄՁ միջոցառման մասնակցի անուն, ազգանուն)

\_\_\_\_\_ (ՇՄՁ միջոցառման անվանումը, բնույթը)

\_\_\_\_\_ (ՇՄՁ միջոցառման անցկացման ամսաթիվը, վայրը)

\_\_\_\_\_ (շնորհվող ՇՄՁ կրեդիտի քանակը և բնույթը)

\_\_\_\_\_ (թիրախային լսարանը)

Հայաստանի Հանրապետության  
առողջապահության նախարար

ՄԳՀԱԿ

Կազմակերպիչ/դասավանդող

\_\_\_\_\_ անունը, ազգանունը,

\_\_\_\_\_ (ստորագրությունը)