

**СВИДЕТЕЛЬСТВО**  
**О ПРОХОЖДЕНИИ ПОВЫШЕНИЯ**  
**КВАЛИФИКАЦИИ**  
К ДИПЛОМУ № ТВ 503471

Фамилия ПОВСТЯНАЯ

Имя АННА

Отчество НИКОЛАЕВНА

**Свидетельство о прохождении повышения квалификации**

Год	Учреждение, в котором проходил(а) повышение квалификации	Название цикла специализации или усовершенствования	Продолжительность обучения	Занимаемая должность в момент направления на повышение квалификации
-----	--	---	----------------------------	---

2000г. ММА им.И.М.Сеченова, ФППО  
Кафедра традиционных методов лечения и физиотерапии

" ГОМЕОПАТИЯ " ТУ

1,5м. врач терапевт  
(216ч.)

М.П.



Подпись ректора

*[Handwritten signature]*

М.П.

Подпись ректора