

Программа профессиональной переподготовки

Негосударственное образовательное учреждение
дополнительного профессионального образования

«Медико-фармацевтический учебный центр»



УТВЕРЖДАЮ

Руководитель образовательной
организации

Левацко В.О.

Подпись)

(инициалы, фамилия)

М.П.

«15» января 2018г.

ПРОГРАММА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ

Фармацевт розничной продажи лекарственных средств

(наименование программы)

(наименование присваиваемой квалификации (при наличии))

М.О., г.Мытищи, 2018