

**Программа профессиональной переподготовки**  
Негосударственное образовательное учреждение  
дополнительного профессионального образования  
«Медико-фармацевтический учебный центр»



**УТВЕРЖДАЮ**

Руководитель образовательной  
организации

(подпись)  
М.П.

*Невелько В.О.*  
(инициалы, фамилия)

*«15» Января*

*2018г.*

**ПРОГРАММА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ**

**Современные методики в лечебной физкультуре**

(наименование программы)

(наименование присваиваемой квалификации (при наличии))

М.О., г.Мытищи, 2018