

REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

P O T R D I L O
o strokovnem izpitu

ime in priimek

rojen-a _____

je dne _____ pri _____

opravil-a

strokovni izpit za poklic _____

Številka: _____

Datum: _____

predsednik/ca komisije

M.P.

minister za zdravje

POOBLAŠČENI ZDRAVSTVENI ZAVOD

P O T R D I L O
o strokovnem izpitu

_____ime in priimek

rojen-a _____

je dne _____ pri _____

opravi-a

strokovni izpit za poklic _____

Številka: _____

Datum: _____

predsednik/ca komisije

M.P.

odgovorna oseba pooblaščenega
zdravstvenega zavoda