



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

POTRDILO

o strokovnem izpitu

ime in priimek

rojen-a

je dne

pri

opravi-a

strokovni izpit za poklic

Številka:

Datum:

M. P.

minister za zdravje



POOBLAŠČENI ZDRAVSTVENI ZAVOD

POTRDILO

o strokovnem izpitu

ime in priimek

rojen-a

je dne

pri

opravi-a

strokovni izpit za poklic

Številka:

Datum:

M. P.

direktor pooblaščenega zdravstvenega zavoda