

Приложение №5  
к Положению о наставничестве в СПб ГБУЗ «ПНД №2»  
в сфере здравоохранения, утвержденному приказом  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
от 5 марта 2026 г. N 167н

Сведения о периоде прохождения наставничества в организации

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

---

(наименование организации)

---

Наставляемый:

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, подразделение)

---

Период, в течение которого осуществлялось наставничество в отношении наставляемого: с  
"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по "\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. (\_\_\_\_ лет \_\_\_\_ месяцев \_\_\_\_ дней).

Руководитель организации

/

---

(подпись)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати организации (при наличии)