|  |  |
| --- | --- |
| Лого_Медколледж | **Министерство здравоохранения Республики Татарстан****ГАПОУ «Набережночелнинский медицинский колледж».** |
| **Методический кабинет**  |
| **ФОРМА 20****(версия 2)** | **ГОДОВОЙ ПЛАН СТРУКТУРНОГО ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ** |

|  |  |
| --- | --- |
|  СОГЛАСОВАНОРуководитель структурного подразделения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать название структурного подразделения) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись, расшифровка подписи)  |  УТВЕРЖДАЮЗаместитель директора\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать направление работы)ГАПОУ «Набережночелнинский медицинский колледж\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись, расшифровка подписи)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_год |

.

## ПЛАН РАБОТЫ

## \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **(***наименование структурного подразделения***)**

**НА 20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ УЧЕБНЫЙ ГОД**

**г. Набережные Челны**

**20\_\_ год**

Основные направления работы

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | Наименование направлений работы и содержание  | Дата | **Ответственный исполнитель** | **Отметка о выполнении** |
| **Направления работы структурного подразделения** |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Дата составления плана работы «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_ г.**