|  |  |
| --- | --- |
|  | Председателю приемной комиссии, Ректору АО КазМУНО Абдыхалыкову К.С. |
|  | от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_аты, жөні/фамилия, имя, отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тұрғылықты мекен-жайы/проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Үй телефоны/тел. дом.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ұялы телефоны/тел. сот. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-mail: |
|  |
| Бастапқы білім деңгейі туралы мәліметтер: оқу орнының атауы мен оқу орынын бітірген жылы /Сведения о предыдущем уровне образования: год окончания и наименование учреждения образования |
| Жеке куәлік №, қашан және кіммен берілген /№ удостоверения личности, когда и кем выдан  |

**арыз**

**Заявление**

Менің құжаттарымды\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мамандығы бойынша \_\_\_\_ жыл оқу мерзімімен,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_негізінде (бюджеттік негізінде немесе оқуды төлеу келісім шарты бойынша магистратураға түсуге қабылдауыңызды және арнайы мамандық бойынша қабылдау емтиханына қатысуға рұқсат сұраймын.

Прошу принять мои документы для поступления в магистратуру на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ основе (*на бюджетной основе или по договору с оплатой стоимости обучения*) со сроком обучения \_\_год(а) по специальности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

и допустить к сдаче вступительных экзаменов.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|      Жатақхана/Общежитие | мұқтажбын/нуждаюсь |  |
| мұқтаж емеспін/ не нуждаюсь |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Күні/Дата |  |
|  |  |
| Қолы/Подпись |  |

# **Агент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО) Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Подпись заявителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**