

Potrdilo o strokovnem izpitu

MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

POTRDILO
o strokovnem izpitu

ime in priimek

rojen-a _____

je dne _____ pri _____

strokovni izpit za poklic _____ opravil-a

Številka: _____

Datum: _____

M.P.

predsednik/ca komisije