

Министру здравоохранения  
Челябинской области  
Приколотину С.И.

Заявитель: \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество, число,  
\_\_\_\_\_  
месяц, год рождения, адрес  
\_\_\_\_\_  
регистрации по месту жительства  
\_\_\_\_\_  
(месту пребывания), данные  
\_\_\_\_\_  
документа, удостоверяющего  
\_\_\_\_\_  
личность, контактный телефон,  
\_\_\_\_\_  
адрес электронной почты)

**Заявление  
о выдаче разрешения на занятие народной медициной**

Прошу выдать разрешение на занятие народной медициной на территории Челябинской области по следующим методам оздоровления:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

К заявлению прилагаю следующие документы:

1. \_\_\_\_\_;
2. \_\_\_\_\_.

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.

\_\_\_\_\_  
Дата                      Подпись                      Расшифровка подписи