

Начальнику Центрального архива
Министерства обороны Российской
Федерации

АНКЕТА-ЗАПРОС

о подтверждении ранения (заболевания)
(заполняется на русском языке разборчивым почерком)

1	Фамилия		Имя	Отчество
2	Год рождения	Место рождения		
3	Дата призыва	Наименование военкомата		
4	Номер В/Ч (на момент ранения/заболевания)			Дата ранения (заболевания)
	Звание (на момент ранения/заболевания)			
	Характер ранения (заболевания)			
5	Наименование госпиталя			Дата поступления
	Номер госпиталя, где закончил лечение			Полевая почта госпиталя
		Название населенного пункта, где располагался госпиталь		
6	Куда выбыл			Дата выписки
7	ФИО на запрашиваемый период (если изменялись)			
	Фамилия		Имя	Отчество
8	При повторном обращении укажите номер и дату последнего ответа			
9	Адрес для ответа			
	Фамилия получателя		Имя получателя	Отчество получателя
10	Дополнительная информация по теме запроса			

Дата составления

подпись