



1880824 *[Signature]*

ТӨЛЕНДІ
ОПЛАЧЕНО

[Signature]
КЕЛІСІМ ШАРТ
БСІЙЫНША
ПО ДОГОВОРУ

21.08.23 *[Signature]*

КЕЛІСІМ ШАРТ
БОЙЫНША
ПО ДОГОВОРУ

ЯЧАННІЛ
МЕДИЦИНСКАЯ
КНИЖКА



1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРИ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ



М.О.
М.П.

- 1. Тегі
Фамилия Некар
- 2. Аты
Имя Ерған
- 3. Әкесінің аты (бар болса)
Отчество (при наличии) С
- 4. №
сериясы/серия номері/номер
- 5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца
- 6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

AA № 856451

871101399050

2. ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПШАНЫҢ
ИЕСІ ТУРАЛЫ МӘЛІМЕТТЕР
СВЕДЕНИЯ О ВЛАДЕЛЬЦЕ
ЛИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КНИЖКИ

- 1. Негізгі мамандығы
Основная профессия _____
- 2. Лауазымы
Должность Учитель
- 3. Жұмыс орны
Место работы СШ
- 4. Туған жылы, айы, күні
Дата рождения 01.11.1987
- 5. Мекен-жайы
Место жительства Алматы

4. ДӘРІГЕРЛІК ТЕКСЕРІШ-ҚАРАУ
НӘТИЖЕСІ, ТЕРАПЕВТ
РЕЗУЛЬТАТ ВРАЧЕБНОГО ОСМОТРА,
ТЕРАПЕВТ

Күні Дата	Дәрігердің қорытындысы Заключение врача	Дәрігердің Т.А.Ә., қолы және медициналық тексеріш-қарау жүргізген ұйымның мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись и печать организации (при наличии), проводившего медицинский осмотр
23.08.2021		
04.08.2022		
21.08.2023		

5. ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ТЕКСЕРУ НӘТИЖЕСІ
РЕЗУЛЬТАТ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ТУБЕРКУЛЕЗ

Күні Дата	Зертханалық зерттеулер және медициналық тексеріп-қарау нәтижесі бойынша дәрігердің қорытындысы Заключение врача по результатам лабораторных исследований и медицинского осмотра	Медициналық тексеріп-қарау жүргізген дәрігердің Т. А.Ә., қолы және мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись и печать врача (при наличии), проводившего медицинский осмотр
53 №	[Handwritten notes]	[Handwritten signature]
[Handwritten date]	[Handwritten notes]	[Handwritten signature]
[Handwritten date]	[Handwritten notes]	[Handwritten signature]
[Handwritten date]	[Handwritten notes]	[Handwritten signature]
[Handwritten date]	[Handwritten notes]	[Handwritten signature]
[Handwritten date]	[Handwritten notes]	[Handwritten signature]
[Handwritten date]	[Handwritten notes]	[Handwritten signature]
[Handwritten date]	[Handwritten notes]	[Handwritten signature]
[Handwritten date]	[Handwritten notes]	[Handwritten signature]
[Handwritten date]	[Handwritten notes]	[Handwritten signature]
[Handwritten date]	[Handwritten notes]	[Handwritten signature]
[Handwritten date]	[Handwritten notes]	[Handwritten signature]

6. ЖЫНЫС АУРУЛАРЫНА ДӘРІГЕРЛІК ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ЖӘНЕ
 ЗЕРТХАНАЛЫҚ ЗЕРТТЕУДІҢ НӘТИЖЕСІ, ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГ
 РЕЗУЛЬТАТ ВРАЧЕБНОГО ОСМОТРА И ЛАБОРАТОРНОГО ИССЛЕ-
 ДОВАНИЯ НА ВЕНЕРИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГ

Күні Дата	Зертханалық зерттеулер және медициналық тексеріп-қарау нәтижесі бойынша дәрігердің қорытындысы Заключение врача по результатам лабораторных исследований и медицинского осмотра	Медициналық тексеріп- қарау жүргізген дәрігердің Т. А.Ә., қолы және мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись и печать врача (при наличии), проводившего медицинский осмотр
	<p>кровь на RW и микрореакцию ОТРИЦАТЕЛЬНО</p> <p>" 23 " 08 2011</p>	<p>Дереев А.С.</p>
	<p>кровь на RW и микрореакцию ОТРИЦАТЕЛЬНО</p> <p>" 4 " 08 2011</p>	<p>Дереев А.С.</p>
	<p>кровь на RW и микрореакцию ОТРИЦАТЕЛЬНО</p> <p>" 11 " 08 2011</p>	<p>Дереев А.С.</p>

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат « » жылы, күні, айы допуск к работе « » дата, месяц, год ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ	Денсаулық сақтау субъектілерінің жауапты маманының Т.А.Ә., қолы, мөр (бар болса) Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать (при наличии)
23	08	
20	04	
20	04	
20	04	
20	04	