

1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРИ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ



1. Тегі
Фамилия Алибаева

2. Аты
Имя Аманжол

3. Әкесінің аты (бар болса)
Отчество (при наличии) Базарбаевна

4. №
сериясы/серия нөмрі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца Аманжол

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

№

УИН 730529401181

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

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия Физиока

2. Лауазымы
Должность Медсестра

3. Жұмыс орны
Место работы Ғоймедегі О.М.

4. Туган жылы, айы, күні
Дата рождения 29.05.1973

5. Мекен-жайы
Место жительства Ақмола облысы

Ақмола облысы
Ғоймеде ауылы
Мастар 1/2

**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
ГКП на ПХВ «АРШАЛЫНСКАЯ РБ»	МИКРОРЕАКЦИЯ-ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ	
ДАТА: 06.08.24	КИТАЙША	
ПАВ:	<i>Результ</i>	

ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
КНИЖКА

12. ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ХАЛЫҚТЫҢ САНИТАРИЯЛЫҚ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ САЛАУАТТЫЛЫҒЫ САЛАСЫНДАҒЫ НОРМАТИВТІК ҚҰҚЫҚТЫҚ АКТТЕРДІ ЖӘНЕ ГИГИЕНАЛЫҚ НОРМАТИВТЕРДІ БІЛУІН АТТЕСТАТТАУ ТУРАЛЫ БЕЛГІ ОТМЕТКА ОБ АТТЕСТАЦИИ НА ЗНАНИЕ НОРМАТИВНЫХ ПРАВОВЫХ АКТОВ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН В СФЕРЕ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ И ГИГИЕНИЧЕСКИХ НОРМАТИВОВ

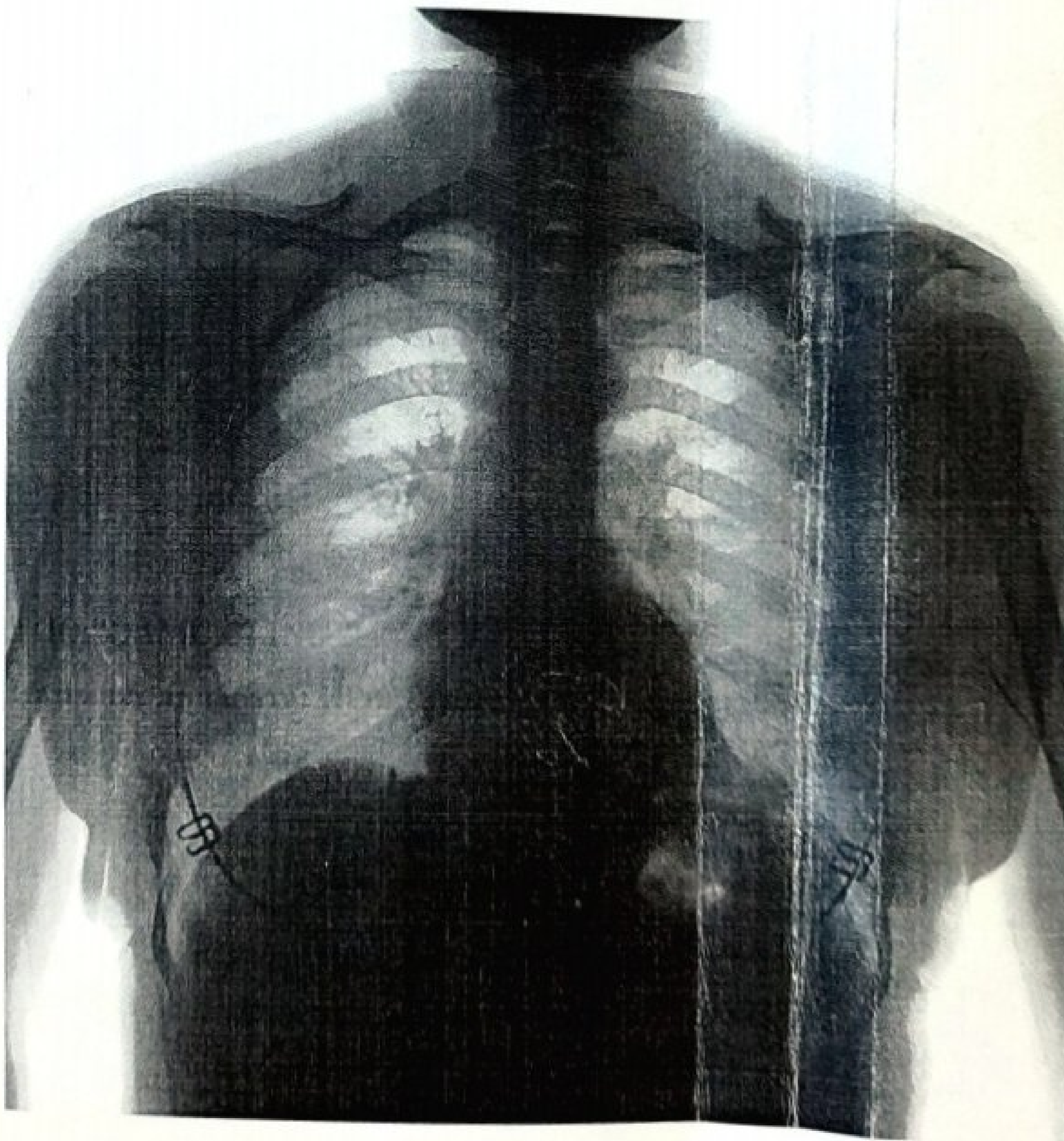
Күні Дата	Дәрігердің қорытындысы Заключение врача	Тексеру жүргізген дәрігердің Т.А.Ә., қолы және ұйымның мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись врача, проводившего обследование и печать организации (при наличии)
	<p>ТОО «Медицинский центр «Жардем Астана» Валиханова 12 АП-Т, тел: 8 701 388 80 53</p> <p>Гигиеническое обучение по программе: «<u>Об</u>» <u>08</u> <u>20</u> од.</p> <p>Гигиенист-эпидемиолог (Ф.И.О. (при наличии), роспись)</p>	

12. ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ХАЛЫҚТЫҢ САНИТАРИЯЛЫҚ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ САЛАУАТТЫЛЫҒЫ САЛАСЫНДАҒЫ НОРМАТИВТІК ҚҰҚЫҚТЫҚ АКТТЕРДІ ЖӘНЕ ГИГИЕНАЛЫҚ НОРМАТИВТЕРДІ БІЛУІН АТТЕСТАТТАУ ТУРАЛЫ БЕЛГІ ОТМЕТКА ОБ АТТЕСТАЦИИ НА ЗНАНИЕ НОРМАТИВНЫХ ПРАВОВЫХ АКТОВ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН В СФЕРЕ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ И ГИГИЕНИЧЕСКИХ НОРМАТИВОВ

Күні Дата	Дәрігердің қорытындысы Заключение врача	Тексеру жүргізген дәрігердің Т.А.Ә., қолы және ұйымның мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись врача, проводившего обследование и печать организации (при наличии)
		

ТОО "DAMU CLINIC"

Название аппарата: КРФ 12 ФК



1. Фамилия: АБДИКАРИМОВА
2. Имя: ДИНА
3. Отчество: БАЗАРБАЕВНА
4. Дата рождения: 29.05.1973 Номер: 25691
5. Дата и время обсл.: 05.08.2022 12:46:21

7. Ф.И.О. врача: Сакипов М.К
8. Заключение: Без патологии



1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ



1. Тегі /
Фамилия Жансейітова

2. Аты /
Имя Бақыт

3. Әкесінің аты (бар болса) /
Отчество (при наличии) Аманжолдин

4. №
сериясы/серия номері/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы /
Личная подпись владельца [Signature]

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы /
Серия личной медицинской книжки
AA № 772743

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

1. Негізгі мамандығы /
Основная профессия Ғиметель

2. Лауазымы /
Должность Ғиметель биология

3. Жұмыс орны /
Место работы Қайыңқұлдық

4. Туган жылы, айы, күні /
Дата рождения 19.01.1976

5. Мекен-жайы /
Место жительства С.Кобланды
Астана қаласы
А.Молдажанов көшесі
№10
Мастар 7/2

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

Күні Дата	Дәрігердің қорытындысы Заключение врача	Дәрігердің Т.А.Ә., қолы және медициналық тексеріп-қарау жүргізген ұйымның мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись и печать организации (при наличии), проводившего медицинский осмотр
17.08 2022		Др. Милетка
	25.08.22	Др. Милетка

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

Күні Дата	Зертханалық зерттеулер және медициналық тексеріп-карау нәтижесі бойынша дәрігердің қорытындысы Заключение врача по результатам лабораторных исследований и медицинского осмотра	Медициналық тексеріп- карау жүргізген дәрігердің Т. А. Ә., қаты және мері (бар болса) Ф.И.О., подпись и печать врача (при наличии), проводившего медицинский осмотр
<p>ГКУЗ на РХБ «АРЦИАЛЬНИСКАЯ РОЗНИЦА»</p> <p>МАКРОРЕАКЦИЯ-ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ</p> <p>ДАТА: 16.08.2021</p> <p>ЛАБ: _____</p>		
<p>ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА</p>		

ШШН N 800407450280



1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

1. Тегі Ахметова
Фамилия

2. Аты Зульфия
Имя

3. Әкесінің аты (бар болса)
Отчество (при наличии) Ахметовна

4. № 035933584
сериясы/серия нөмірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца Ахметов

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

СЕРИЯСЫ АЖ № 528612
СЕРИЯ

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

1. Негізгі мамандығы зоб. хөз.
Основная профессия

2. Лауазымы
Должность

3. Жұмыс орны Чыбылді О/М
Место работы

4. Туған жері, айы, күні 07.04.1980ж
Дата рождения

5. Мекен-жайы Чыбылді
Место жительства Жастар 10.

Смогровой №05-5

6. ЖЫНЫС АУРУЛАРЫНА ДӘРІГЕРЛІК ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ЖӘНЕ
ЗЕРТХАНАЛЫҚ ЗЕРТТЕУДІҢ НӘТИЖЕСІ, ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГ
РЕЗУЛЬТАТ ВРАЧЕБНОГО ОСМОТРА И ЛАБОРАТОРНОГО
ИССЛЕДОВАНИЯ 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 Ф.И.О., подпись и печать врача, проводившего медицинский осмотр
--------------	---	--

СМОТРЕНО
КР. БАК.
21/05 Смогрова Дарья

ГКП на ПХВ «АРШАЛЬНСКАЯ РБ»
МИКРОРЕАКЦИЯ-ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ
ДАТА:
ЛА

27 05 22

Смогрова Дарья



1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

- 1. Тегі
Фамилия Бекмурза
- 2. Аты
Имя Аермаңа
- 3. Әкесінің аты (бар болса)
Отчество (при наличии) Бекмурзаевне
- 4. УР № 031740306
сериясы/серия нөмірі/номер
- 5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца Бекмурзаевне
- 6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

AA № 881311

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

- 1. Негізгі мамандығы
Основная профессия шұрайлы
- 2. Лауазымы
Должность Ғаемишәи шайк
мұқим
- 3. Жұмыс орны
Место работы Қаспиді ОӘ
- 4. Туган жылы, айы, күні
Дата рождения 09.02.1966
- 5. Мекен-жайы
Место жительства Қаспиді ауданы
Қызылжұлдыз

4. ДӘРІГЕРЛІК ТЕКСЕРІП-КАРАУ
 НӘТИЖЕСІ, ТЕРАПЕВТ
 РЕЗУЛЬТАТ ВРАЧЕБНОГО ОСМОТРА,
 ТЕРАПЕВТ

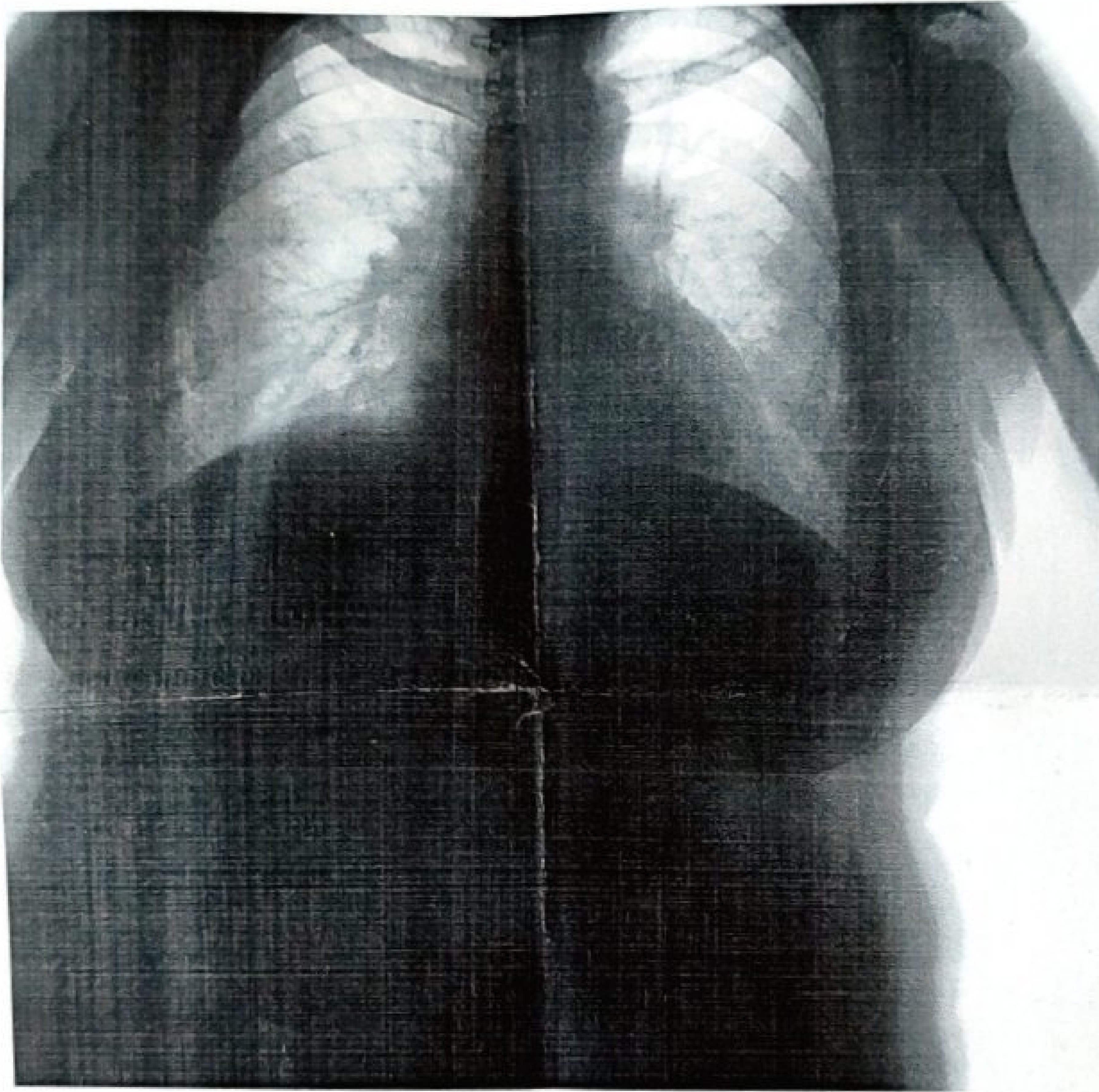
Күні Дата	Дәрігердің қорытындысы Заключение врача	Дәрігердің Т.А.Ә., қолы және медициналық тексеріп-қарау жүргізген ұйымның мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись и печать организации (при наличии), проводившего медицинский осмотр
02.08.21	формы	Др. Нильсена Б.С.
04.08	ТЕРАПЕВТ	
22		

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

Күні Дата	Зертханалық зерттеулер және медициналық тексеріп-карау нәтижесі бойынша дәрігердің қорытындысы Заключение врача по результатам лабораторных исследований и медицинского осмотра	Медициналық тексеріп-карау жүргізген дәрігердің Т. А.Ә., қолы және мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись и печать врача (при наличии), проводившего медицинский осмотр
02.08.2024		

ТОО "DAMU CLINIC"

Название аппарата: КРФ 12 ФК



1. Фамилия: ЕЛЕУОВА
2. Имя: ГУЛЬНАРА
3. Отчество: ТОКТЫБАЕВНА
4. Дата рождения: 9.02.1966 Номер: 25522
5. Дата и время обсл.: 04.08.2022 8:48:47

7. Ф.И.О. врача: Сакипов МК
8. Заключение: Без патологии



1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРИ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ



- 1. Тегі
Фамилия Жураманова
- 2. Аты
Имя Жураманова
- 3. Әкесінің аты (бар болса)
Отчество (при наличии) Журамановна
- 4. №
сериясы/серия номер/номер
- 5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца
- 6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки
 AA № 836695

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

- 1. Негізгі мамандығы
Основная профессия мектеп күзетшісі
- 2. Лауазымы
Должность
- 3. Жұмыс орны
Место работы ЖТЧ Қосығанды ОК
- 4. Туган жылы, айы, күні
Дата рождения 19 07. 1963
- 5. Мекен-жайы
Место жительства Қосығанды а-лы
Нәсіпкер 46

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

Күні Дата	Дәрігердің қорытындысы Заключение врача	Дәрігердің Т.А.Ә., қолы және медициналық тексеріп-қарау жүргізген ұйымның мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись и печать организации (при наличии), проводившего медицинский осмотр
12.08.21	Серге	
	ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША	Dr. Жомарт
	08.08.21	ТЕРАПЕВТ

12. КАЗАХСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ХАЛЫҚТЫҢ САНИТАРИЯЛЫҚ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ САЛАУАТТЫЛЫҒЫ САЛАСЫНДАҒЫ НОРМАТИВТІК ҚҰҚЫҚТЫҚ АКТІЛЕРДІ ЖӘНЕ ГИГИЕНАЛЫҚ НОРМАТИВТЕРДІ БІЛУІН АТТЕСТАТТАУ ТУРАЛЫ БЕЛГІ
ОТМЕТКА ОБ АТТЕСТАЦИИ НА ЗНАНИЕ НОРМАТИВНЫХ ПРАВОВЫХ АКТОВ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН В СФЕРЕ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ И ГИГИЕНИЧЕСКИХ НОРМАТИВОВ

Күні Дата	Дәрігердің қорытындысы Заключение врача	Тексеру жүргізіген дәрігердің Т.А.Ә., қолы және ұйымның мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись врача, проводившего обследование и печать организации (при наличии)

ТОО Региональный центр санитарно-эпидемиологической сертификации и обучения
 Гигиеническое обучение по программе для работников объектов образования прошел и экзаменован.
 Дата: 22.09.2021 - 2021г.
 Гигиенист-эпидемиолог: Джунусова А. А.
 Подпись: _____ М.П.



12. КАЗАХСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ХАЛЫҚТЫҢ САНИТАРИЯЛЫҚ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ САЛАУАТТЫЛЫҒЫ САЛАСЫНДАҒЫ НОРМАТИВТІК ҚҰҚЫҚТЫҚ АКТІЛЕРДІ ЖӘНЕ ГИГИЕНАЛЫҚ НОРМАТИВТЕРДІ БІЛУІН АТТЕСТАТТАУ ТУРАЛЫ БЕЛГІ
ОТМЕТКА ОБ АТТЕСТАЦИИ НА ЗНАНИЕ НОРМАТИВНЫХ ПРАВОВЫХ АКТОВ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН В СФЕРЕ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ И ГИГИЕНИЧЕСКИХ НОРМАТИВОВ

Күні Дата	Дәрігердің қорытындысы Заключение врача	Тексеру жүргізіген дәрігердің Т.А.Ә., қолы және ұйымның мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись врача, проводившего обследование и печать организации (при наличии)
ТОО «Медицинский центр «Жардем Астана» Валиханова 12, 6П-1, 397 тел: 877 388 80 58 Гигиеническое обучение по программе ПРОШЕЛ И ЭКЗАМЕНОВАН 20 22 год Гигиенист-эпидемиолог (Ф.И.О. при наличии) роспись		



1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ



М.О.
М.Э.

1. Тегі Журибаева
Фамилия

2. Аты Жашия
Имя

3. Әкесінің аты (бар болса) Ашимовна
Отчество (при наличии)

4. №
сериясы/серия номери/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы Журибаева
Личная подпись владельца

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки
 AA № 853855

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

1. Негізгі мамандығы _____
Основная профессия

2. Лауазымы мұчитель
Должность

3. Жұмыс орны Жайлаудинская
Место работы
СШ

4. Туган жылы, айы, күні 13.02.1977жж
Дата рождения

5. Мекен-жайы Аришаукский
Место жительства
р-оны Жайлаудинская
ул. Абай д.4.

6, ЖЫНЫС АУРУЛАРЫНА ДӘРИГЕРЛІК ТЕКСЕРІП-КАРАУ ЖӘНЕ
 ЦЕРТХАНАЛЫҚ ЗЕРТТЕУДІҢ НӘТИЖЕСІ, ДЕРМАТОВЕНЕРГОЛОГ
 РЕЗУЛЬТАТ ВРАЧЕБНОГО ОСМОТРА И ЛАБОРАТОРНОГО ИССЛЕ-
 ДОВАНИЯ НА ВЕНЕРИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ДЕРМАТОВЕНЕРГОЛОГ

Күні Дата	Зертханалық зерттеулер және медициналық тексеріп-карау нәтижесі бойынша дәрігердің қорытындысы Заключение врача по результатам лабораторных исследований и медицинского осмотра	Медициналық тексеріп- карау жүргізген дәрігердің Т. А. Ә., қолы және мөр (бар болса) Ф. И. О., подпись и печать врача (при наличии), проводившего медицинский осмотр
<p>ГКП на ПХВ «АРШАДЫНСКАЯ РБ» МИКРОРЕАКЦИЯ-ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ ДАТА: 10.08.21 ЛАБ: [Signature]</p>		

ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
 КНИЖКА

12. ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ХАЛЫҚТЫҢ САНИТАРИЯЛЫҚ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ САЛАУАТТЫЛЫҒЫ САЛАСЫНДАҒЫ НОРМАТИВТІК ҚҰҚЫҚТЫҚ АКТІЛЕРДІ ЖӘНЕ ГИГИЕНАЛЫҚ НОРМАТИВТЕРДІ БІЛУІН АТТЕСТАТТАУ ТУРАЛЫ БЕЛГІ
ОТМЕТКА ОБ АТТЕСТАЦИИ НА ЗНАНИЕ НОРМАТИВНЫХ ПРАВОВЫХ АКТОВ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН В СФЕРЕ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ И ГИГИЕНИЧЕСКИХ НОРМАТИВОВ

Күні Дата	Дәрігердің қорытындысы Заключение врача	Тексеру жүргізген дәрігердің Т.А.Ә., қолы және ұйымның мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись врача, проводившего обследование и печать организации (при наличии)

ТОО Региональный центр санитарно-эпидемиологической сертификации и обучения

Гигиеническое обучение по программе для работников объектов образования

прошел и экзаменован.

Дата: 22 - 2021г.

Гигиенист-эпидемиолог: Джунусова А. А.

Подпись: _____ М.П.

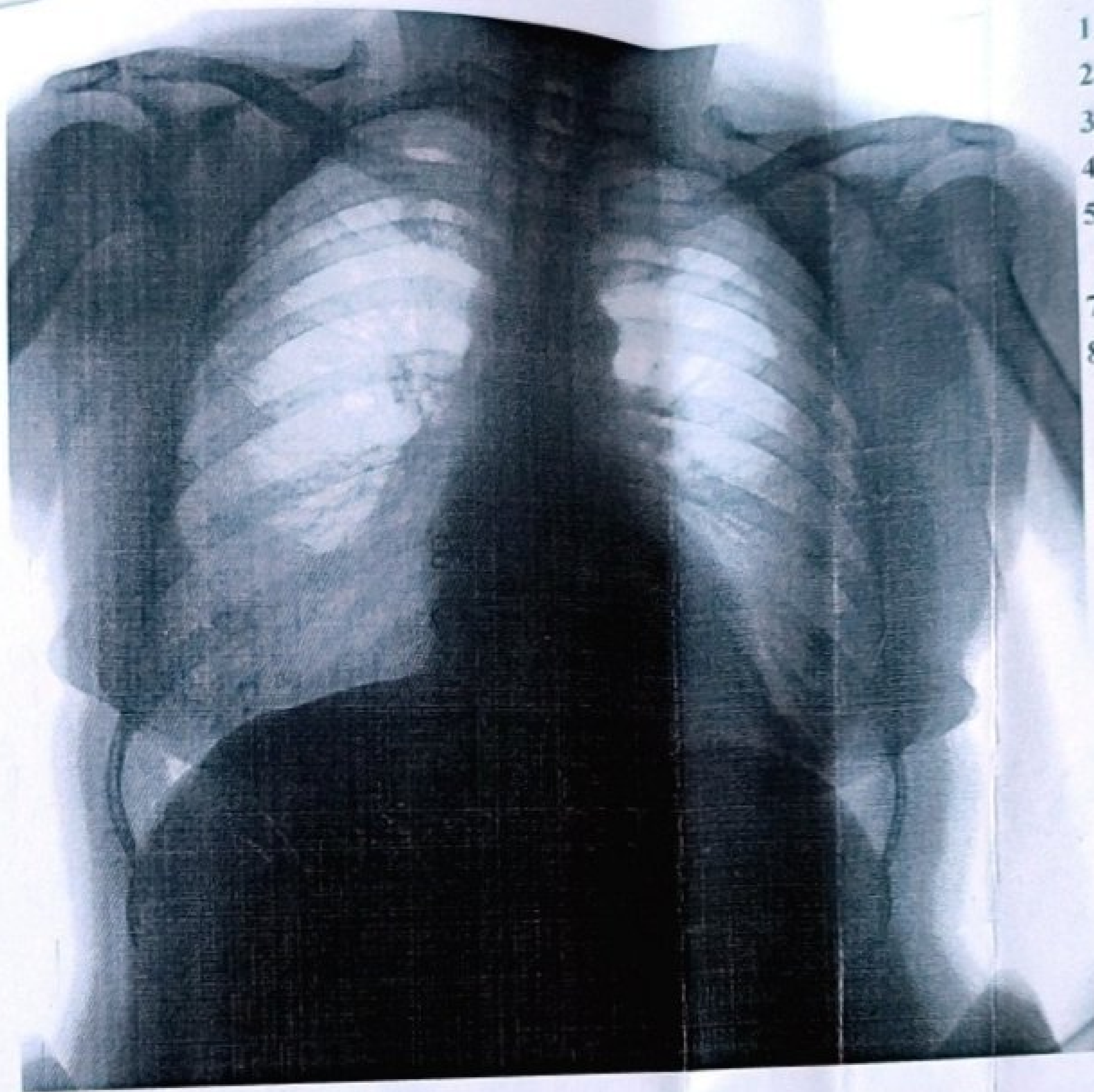


12. ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ХАЛЫҚТЫҢ САНИТАРИЯЛЫҚ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ САЛАУАТТЫЛЫҒЫ САЛАСЫНДАҒЫ НОРМАТИВТІК ҚҰҚЫҚТЫҚ АКТІЛЕРДІ ЖӘНЕ ГИГИЕНАЛЫҚ НОРМАТИВТЕРДІ БІЛУІН АТТЕСТАТТАУ ТУРАЛЫ БЕЛГІ
ОТМЕТКА ОБ АТТЕСТАЦИИ НА ЗНАНИЕ НОРМАТИВНЫХ ПРАВОВЫХ АКТОВ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН В СФЕРЕ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ И ГИГИЕНИЧЕСКИХ НОРМАТИВОВ

Күні Дата	Дәрігердің қорытындысы Заключение врача	Тексеру жүргізген дәрігердің Т.А.Ә., қолы және ұйымның мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись врача, проводившего обследование и печать организации (при наличии)
<p>ТОО «Медицинский центр «Жәрдем Астана» Валиханова 12, ВП-1, 84 тел: 8 701 398 80 58</p> <p>Гигиеническое обучение по программе:</p> <p>ПРОШЕЛ И ЭКЗАМЕНОВАН</p> <p>«03» 08 2021 год</p> <p>Гигиенист-эпидемиолог (Ф.И.О. (при наличии), подпись)</p>		

ТОО "DAMU CLINIC"

Название аппарата: КРФ 12 ФК



1. Фамилия: ЖУМАБАЕВА
2. Имя: ЖАМИЛЯ
3. Отчество: АШИМОВНА
4. Дата рождения: 13.02.1977 Номер: 25454
5. Дата и время обл.: 03.08.2022 10:58:02

7. Ф.И.О. врача: Сакипов М.К
8. Заключение: Без патологии



1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ



- 1. Тегі
Фамилия Жамагелов
- 2. Аты
Имя Кайып
- 3. Әкесінің аты (бар болса)
Отчество (при наличии) _____
- 4. 04 20 5 № 38 04
сериясы/серия нөмірі/номер
- 5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца Жамагелов Кайып
- 6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

AA № 819292

711120450303

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

- 1. Негізгі мамандығы
Основная профессия _____
- 2. Лауазымы
Должность тех. қорғоған
- 3. Жұмыс орны
Место работы Койсандинская
С/қана
- 4. Туған жылы, айы, күні
Дата рождения 20.11.1971.г
с. Қойылығол
- 5. Мекен-жайы
Место жительства ул. Мастардв-2

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
ДАТА:	06.08.24	ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША
ПАС:	<i>Рамис</i>	

11. КАЗАКСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ХАЛЫҚТЫҢ САНИТАРИЯЛЫҚ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ САЛАУАТТЫЛЫҒЫ САЛАСЫНДАҒЫ НОРМАТИВТІК ҚҰҚЫҚТЫҚ АКТІЛЕРДІ ЖӘНЕ ГИГИЕНАЛЫҚ НОРМАТИВТЕРДІ БЛУИҢ АТТЕСТАТТАУ ТУРАЛЫ БЕЛГІ ОТМЕТКА ОБ АТТЕСТАЦИИ НА ЗНАНИЕ НОРМАТИВНЫХ ПРАВОВЫХ АКТОВ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН В СФЕРЕ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ И ГИГИЕНИЧЕСКИХ НОРМАТИВОВ

Күні Дата	Дәрігердің қорытындысы Заключение врача	Тексеру жүргізген дәрігердің Т.А.Ә., қолы және ұйымның мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись врача, проводившего обследование и печать организации (при наличии)
	Аршалыңское районное отделение Филиала РГП на ПХВ «Национальный Центр Экспертизы КСЭК МЗ РК по Акмолинской области Гигиеническое обучение по программе	
	Прошел и экзаменован «05» «09» 2021 г.	Гигиенист-эпидемиолог

ТОО Региональный центр санитарно-эпидемиологической сертификации и обучения
 Гигиеническое обучение по программе
для работников объектов образования
 прошел и экзаменован.
 Дата: 22.09.2021 - 2021г.
 Гигиенист-эпидемиолог: Джунусова А. А.
 Подпись: _____ М.П.

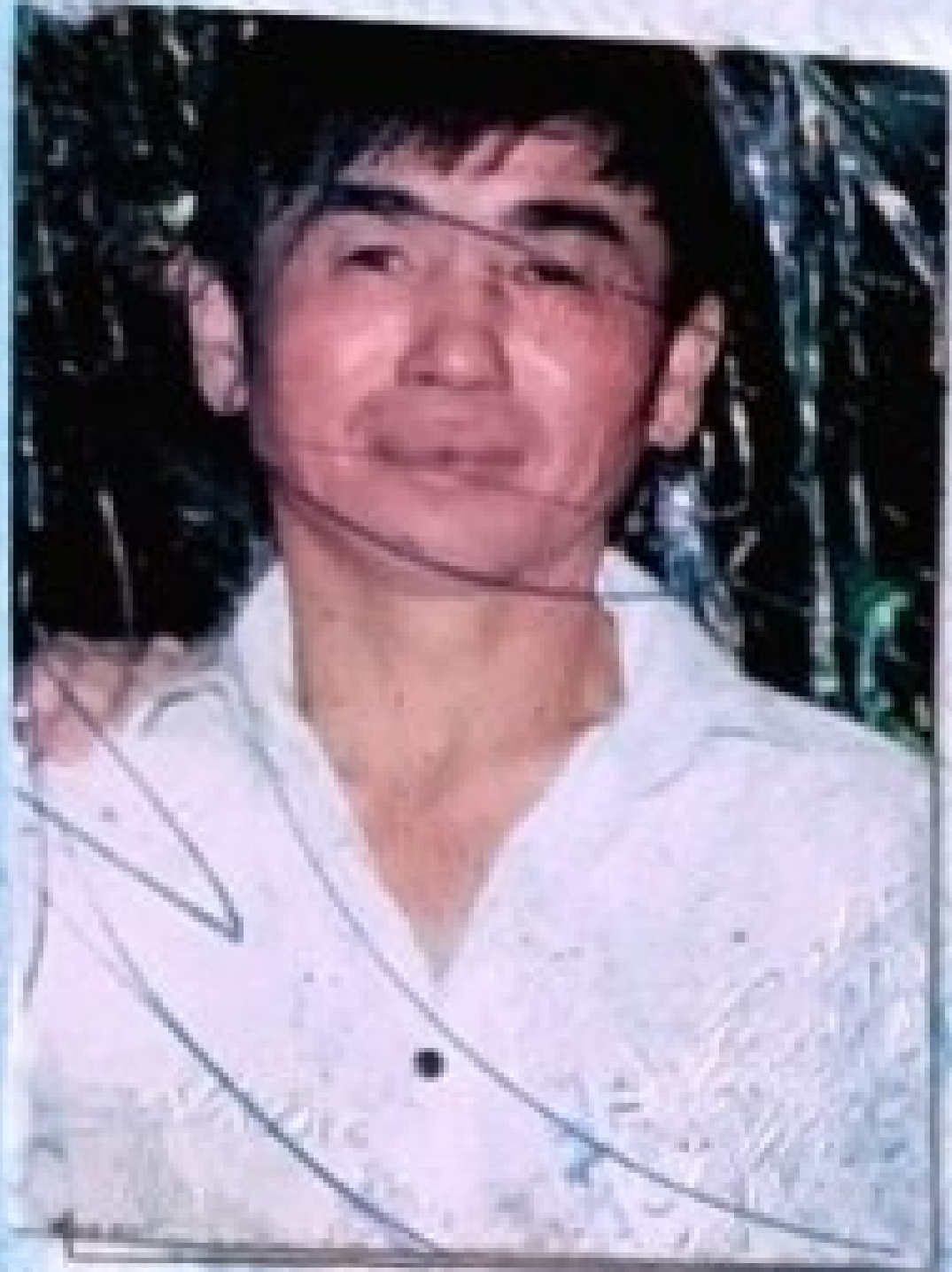


11. КАЗАКСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ХАЛЫҚТЫҢ САНИТАРИЯЛЫҚ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ САЛАУАТТЫЛЫҒЫ САЛАСЫНДАҒЫ НОРМАТИВТІК ҚҰҚЫҚТЫҚ АКТІЛЕРДІ ЖӘНЕ ГИГИЕНАЛЫҚ НОРМАТИВТЕРДІ БЛУИҢ АТТЕСТАТТАУ ТУРАЛЫ БЕЛГІ ОТМЕТКА ОБ АТТЕСТАЦИИ НА ЗНАНИЕ НОРМАТИВНЫХ ПРАВОВЫХ АКТОВ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН В СФЕРЕ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ И ГИГИЕНИЧЕСКИХ НОРМАТИВОВ

Күні Дата	Дәрігердің қорытындысы Заключение врача	Тексеру жүргізген дәрігердің Т.А.Ә., қолы және ұйымның мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись врача, проводившего обследование и печать организации (при наличии)
	ТОО «Медицинский центр «Жардем Астана» Валиханова 12, ВП-1 тел.: 8 701 385 80 58	
	Гигиеническое обучение по программе: № 5170	
	ПРОШЕЛ И ЭКЗАМЕНОВАН «05» «09» 2021 г.	
	Гигиенист-эпидемиолог (Ф.И.О. (при наличии), роспись)	



1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРИ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ



М.О.
М.П.

1. Тегі Жакупов
Фамилия

2. Аты Болат
Имя

3. Экесінің аты (бар болса)
Отчество (при наличии) Сапарович.

4. № 046845158
сериясы/серия номері/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

СЕРИЯСЫ № 763944
СЕРИЯ АЖ

2 АЖ.М 750209350669

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

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия

2. Лауазымы Слесарь
Должность

3. Жұмыс орны Жойланды о/м
Место работы

4. Туган жері, айы, күні 01.02.1975 ж.
Дата рождения

5. Мекен-жайы Жойланды
Место жительства Мастар К-Ш-14.

3 ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША • ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА

4. МЕДИЦИНАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ
 НӘТИЖЕСІ, ТЕРАПЕВТ
 РЕЗУЛЬТАТ ВРАЧЕБНОГО ОСМОТРА,
 ТЕРАПЕВТ

Күні Дата	Дәрігердің қорытындысы Заключение врача	Дәрігердің Т.А.Ә., қолы және медициналық тексеріп-қарау жүргізген ұйымның мөрі Ф.И.О., подпись и печать организации, проводившей медицинский осмотр
050822		
	ТЕРАПЕВТ	
	<i>[Handwritten Signature]</i>	

**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 дәрігердің Т.А.Ә., қолы және мөрі Ф.И.О., подпись и печать врача, проводившего медицинский осмотр
	05 05 08 21	
		
		

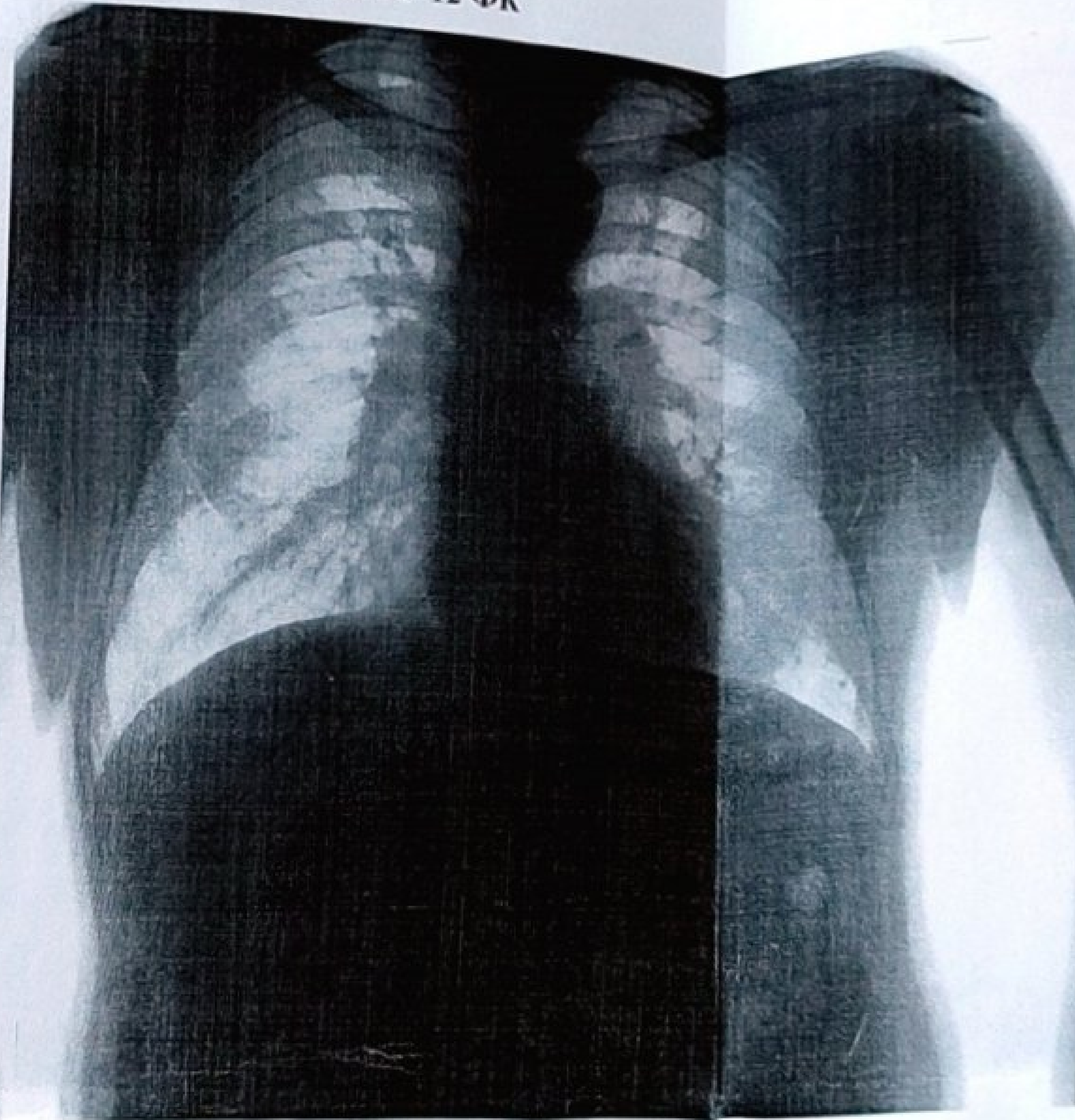
12. КАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ХАЛЫҚТЫҢ САНИТАРИЯЛЫҚ-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ САЛАУАТТЫЛЫҒЫ САЛАСЫНДАҒЫ НОРМАТИВТІК ҚҰҚЫҚТЫҚ АКТІЛЕРДІ ЖӘНЕ ГИГИЕНАЛЫҚ НОРМАТИВТЕРДІ БІЛУІН АТТЕСТАТТАУ ТУРАЛЫ БЕЛГІ

ОТМЕТКА ОБ АТТЕСТАЦИИ НА ЗНАНИЯ НОРМАТИВНЫХ ПРАВОВЫХ АКТОВ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН В СФЕРЕ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ И ГИГИЕНИЧЕСКИХ НОРМАТИВОВ

Күні Дата	Аттестаттау туралы белгі Отметка об аттестации	Оқыту мен аттестаттауды өткізген ұйым басшысының Т.А.Ә., қолы, мөр Ф.И.О., подпись руководителя организации, проводившего обучение и аттестацию, печать
		<p>ООО «Медицинский центр «Жәрдем Астана» Валиханова 12, ВП-1, тел: 8 701 388 80 58</p>
		<p>395 Гигиеническое обучение по программе:</p>
		<p>ПРОШЕЛ И ЭКЗАМЕНОВАН «05» 08 2005 год.</p>
		<p>Гигиенист-эпидемиолог (Ф.И.О. (при наличии), роспись)</p>
		

ООО "DAMU CLINIC"

Название аппарата: КРФ 12 ФК



1. Фамилия: ЖАКУПОВ
2. Имя: БОЛАТ
3. Отчество: САПАРОВИЧ
4. Дата рождения: 1.02.1975 Н
5. Дата и время обсл.: 05.08.202

7. Ф.И.О. врача: Сакипов М.К
8. Заключение: Без патологии





1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРИ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ



1. Тегі Сахан
Фамилия

2. Аты Гүлжазғұ
Имя

3. Әкесінің аты (бар болса) _____
Отчество (при наличии)

4. №
сериясы/серия номері/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы _____
Личная подпись владельца

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы _____
Серия личной медицинской книжки
 AA № 775867

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

1. Негізгі мамандығы Қазақ тілі
Основная профессия
мен зденбесті кші мергалдәі

2. Лауазымы іс кергізді
Должность

3. Жұмыс орны Ақеуеа өа, Арман
Место работы
ауд, Қабалдәі ноббл.

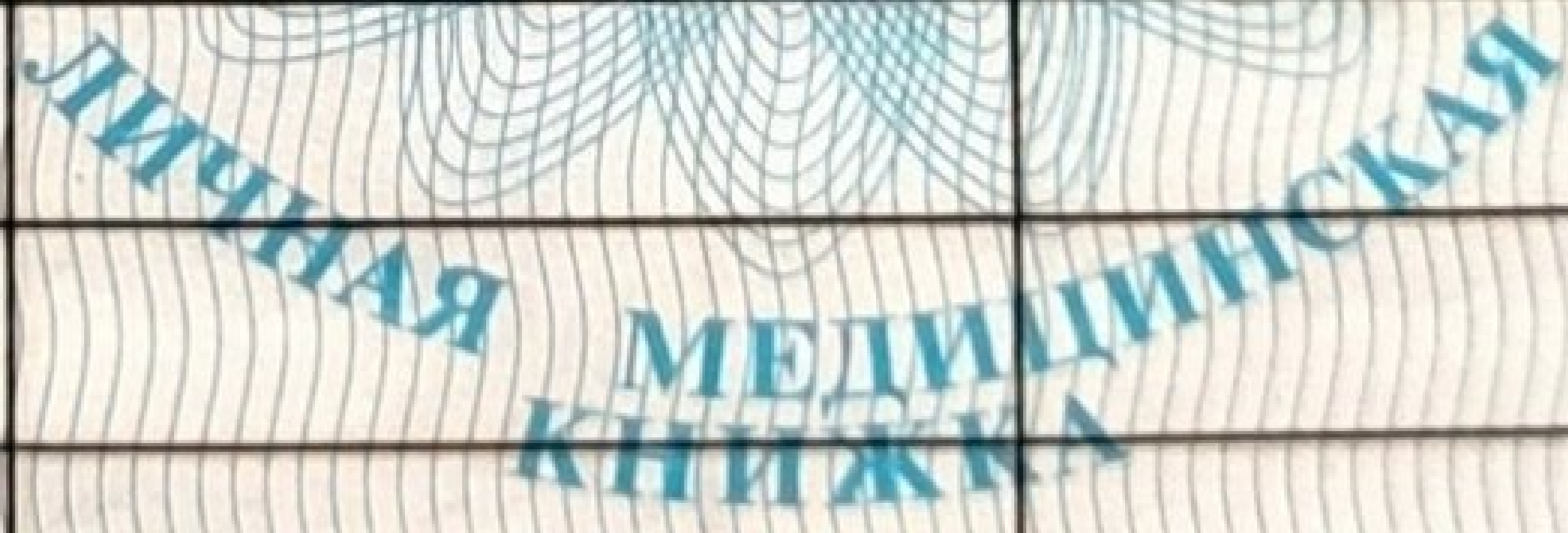
4. Туган жылы, айы, күні 1992 нелел
Дата рождения
зараманәу 21-і

5. Мекен-жайы Қабалдәі
Место жительства
ауыл нәстәр
кәселләі 5/1 үә

**4. ДӘРІГЕРЛІК ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ
НӘТИЖЕСІ, ТЕРАПЕВТ
РЕЗУЛЬТАТ ВРАЧЕБНОГО ОСМОТРА,
ТЕРАПЕВТ**

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





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
14/01	238	

6. ЖЫНЫС АУРУДАРЫНА 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., коды және мөрі (бар болса) - Ф.И.О. подпись и печать врача (при наличии), проводившего медицинский осмотр
ГКП на ПХВ «АРШАЛЫНСКАЯ РБ»	МИКРОРЕАКЦИЯ-ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ	
ДАТА:	14.07.2019	
ЛАБ:	200	

МЕДИЦИНСКАЯ
 КОЖНО-ВЕНЕРИЧЕСКАЯ
 ОСМОТР

ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
 КНИЖКА

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат « ____ » жылы, күні, айы Допуск к работе « ____ » дата, месяц, год	Денсаулық сақтау субъектілерінің жауапты маманының Т.А.Ә., қолы, мөр (бар болса) Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать (при наличии)
<p>допуск к работе</p> <p>до 14.07.2023</p>		

ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА



1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ



М.О.
М.В.

1. Тегі /Сарсағали
Фамилия

2. Аты /Рахым
Имя

3. Әкесінің аты (бар болса) /?
Отчество (при наличии)

4. [] № 037650736.
сериясы/серия номері/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы /Сарсағали
Личная подпись владельца

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы /АА
Серия личной медицинской книжки

№ 819297

ИИН: 690915450564.

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

1. Негізгі мамандығы /медицина
Основная профессия

2. Лауазымы /Медициналық кітапша
Должность

3. Жұмыс орны /Бойгелді О.М.
Место работы

4. Туган жылы, айы, күні /15.09.1969
Дата рождения

5. Мекен-жайы /с. Койгелді
Место жительства

**4. ДЭРІГЕРЛІК ТЕКСЕРІП-КАРАУ
НЭТИЖЕСІ, ТЕРАПЕВТ
РЕЗУЛЬТАТ ВРАЧЕБНОГО ОСМОТРА,
ТЕРАПЕВТ**

Күні Дата	Дэрігердің қорытындысы Заключение врача	Дэрігердің Т.А.Ә., қолы және медициналық тексеріп-қарау жүргізген ұйымның мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись и печать организации (при наличии), проводившего медицинский осмотр
		Dr. N. N. N.
04/08	ТЕРАПЕВТ	
22		

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
	Сәтжанұлы	
07.07.2021		

6. ЖЫНЫС АУРУЛАРЫНА ДЭРІГЕРЛІК ТЕКСЕРІП-КАРАУ ЖӘНЕ
 ЗЕРТХАНАЛЫҚ ЗЕРТТЕУДІҢ НӘТИЖЕСІ, ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГ
 РЕЗУЛЬТАТ ВРАЧЕБНОГО ОСМОТРА И ЛАБОРАТОРНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НА ВЕНЕРИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГ

Күші Дата	Зертханалық зерттеулер және медициналық тексеріп-карау нәтижесі бойынша дәрігердің қорытындысы Заключение врача по результатам лабораторных исследований и медицинского осмотра	Медициналық тексеріп-карау жүргізген дәрігердің Т. А. Ә., қолы және мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись и печать врача (при наличии), проводившего медицинский осмотр
--------------	--	---

ГКП на ПХВ «АРШАЛЬНІС ДАҒДЫҒЫ» ЖШС
 МИКРОРЕАКЦИЯ ОРИЦИТЕЛЬНАЯ
 ДАТА: 06.08.21
 ЛАБ: РЕМУ



ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
 КНИЖКА

12. КАЗАКСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ХАЛЫҚТЫҢ САНИТАРИЯЛЫҚ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ САЛАУАТТЫЛЫҒЫ САЛАСЫНДАҒЫ НОРМАТИВТІК ҚҰҚЫҚТЫҚ АКТІЛЕРДІ ЖӘНЕ ГИГИЕНАЛЫҚ НОРМАТИВТЕРДІ БЛУИҢ АТТЕСТАТТАУ ТУРАЛЫ БЕЛГІ ОТМЕТКА ОБ АТТЕСТАЦИИ НА ЗНАНИЕ НОРМАТИВНЫХ ПРАВОВЫХ АКТОВ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН В СФЕРЕ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ И ГИГИЕНИЧЕСКИХ НОРМАТИВОВ

Күні Дата	Дәрігердің қорытындысы Заключение врача	Тексеру жүргізген дәрігердің Т.А.Ә., қолы және ұйымның мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись врача, проводившего обследование и печать организации (при наличии)
	Аршалыңское районное отделение Филиала РГП на ПХВ «Национальный Центр Экспертизы» КСЭК МЗ РК по Акмолинской области Гигиеническое обучение по программе	
	Прошел и аттестован	
	Гигиенист-эпидемиолог	

ТОО Региональный центр санитарно-эпидемиологической сертификации и обучения

Гигиеническое обучение по программе для работников объектов образования прошел и экзаменован.

Дата: 22 ноября 2021г.

Гигиенист-эпидемиолог: Джунусова А. А.

Подпись: _____

М.П.



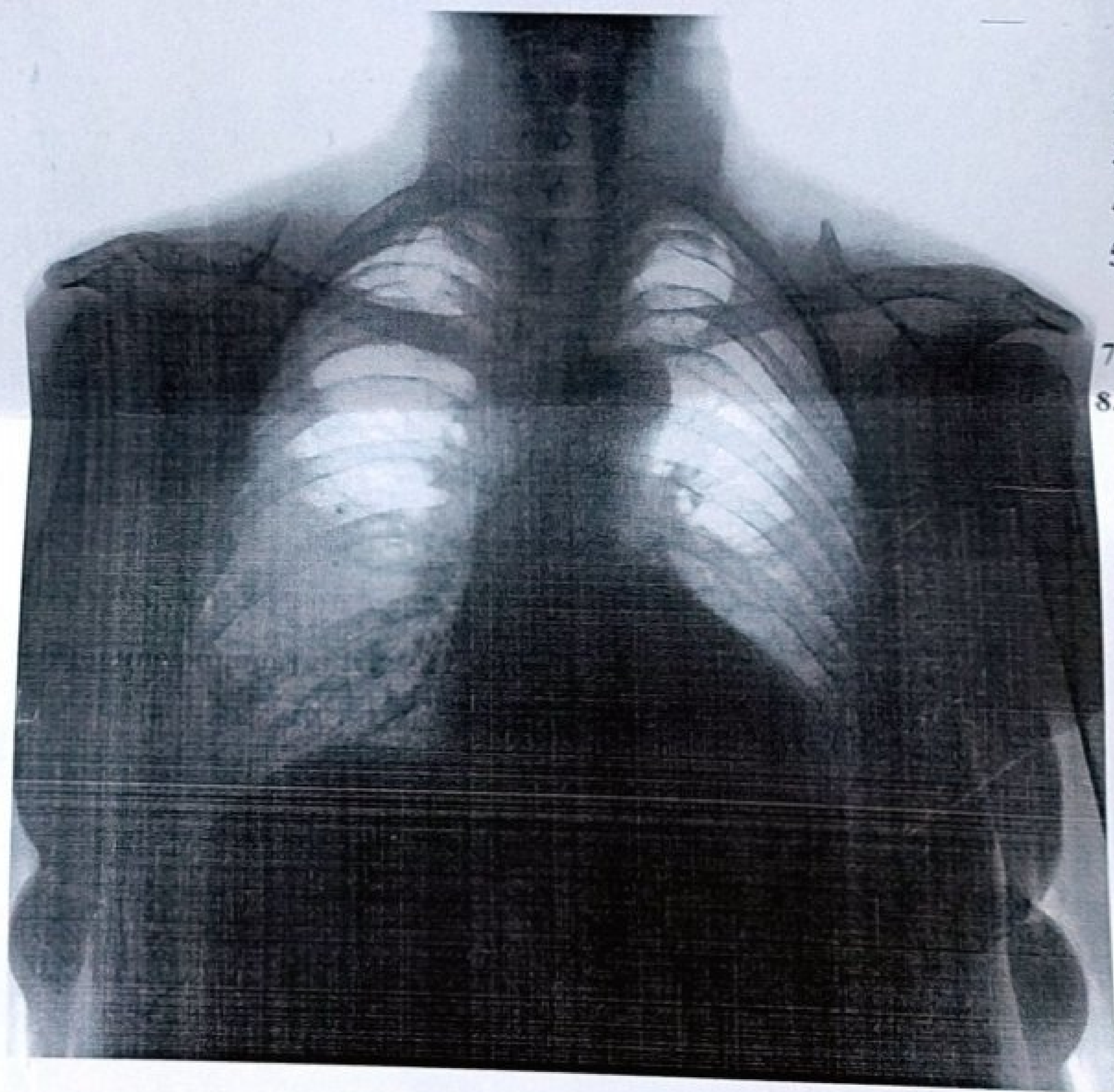
12. КАЗАКСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ХАЛЫҚТЫҢ САНИТАРИЯЛЫҚ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ САЛАУАТТЫЛЫҒЫ САЛАСЫНДАҒЫ НОРМАТИВТІК ҚҰҚЫҚТЫҚ АКТІЛЕРДІ ЖӘНЕ ГИГИЕНАЛЫҚ НОРМАТИВТЕРДІ БЛУИҢ АТТЕСТАТТАУ ТУРАЛЫ БЕЛГІ ОТМЕТКА ОБ АТТЕСТАЦИИ НА ЗНАНИЕ НОРМАТИВНЫХ ПРАВОВЫХ АКТОВ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН В СФЕРЕ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ И ГИГИЕНИЧЕСКИХ НОРМАТИВОВ

Күні Дата	Дәрігердің қорытындысы Заключение врача	Тексеру жүргізген дәрігердің Т.А.Ә., қолы және ұйымның мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись врача, проводившего обследование и печать организации (при наличии)
	ТОО «Медицинский центр «Жәрдем Астар» Валиханова 12, ВП-1, тел: 8 701 388 80 58 Гигиеническое обучение по программе:	
	ПРОШЕЛ И ЭКЗАМЕНОВАН	
	«Гигиенист-эпидемиолог»	
	(Ф.И.О. (при наличии), роспись)	



ТОО "DAMU CLINIC"

Название аппарата: КРФ 12 ФК



1. Фамилия: ХАБСАМЕТ

2. Имя: ХЫМБАТ

3. Отчество: -

4. Дата рождения: 15.09.1969 Номер: 25531

5. Дата и время обл.: 04.08.2022 9:05:52

7. Ф.И.О. врача: Сакипов М.К

8. Заключение: Без патологии

