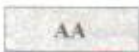




1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ



1. Тегі Мұрымова
Фамилия
2. Аты Аяжан
Имя
3. Әкесінің аты (бар болса)
Отчество (при наличии) Сатымтайы дотдос
4.  № 
сериясы серия номер/номер
5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца 
6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки
-  AA №  2304329

2

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

1. Негізгі мамандығы Тәрбиеші
Основная профессия
Мектепке дейінгі оқыту жр тәрбиеші
2. Лауазымы
Должность
3. Жұмыс орны Зер "Бөбекжай"
Место работы
Балалық жасы
4. Туған жері, айы, күні 01.08.1995 ж.
Дата рождения
5. Мекен-жайы
Место жительства Женкшек көшесі 53

3

Норма

Врач: Капанов М.Т.

3. ИНФЕКЦИЯЛЫК АУРУЛАРМЕН БҮРҮН
АУЫРГАНДЫҒЫ ТУРАЛЫ ДЕРЕКТЕР
ДАННЫЕ О ПЕРЕНЕСЕННЫХ
ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

1. Бұрын ауырған инфекциялық аурулар
Ранее перенесенные инфекционные заболевания

те

Blank lines for recording previous infectious diseases.

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

«МЦ «Саула» ЖШС
Еңбекке қосылсын
Терапевт *Мадина*
20 *04* ж. *17*

Дерматит, дерматоз, қолы
Дерматит, дерматоз, қолы
Дерматит, дерматоз, қолы
Дерматит, дерматоз, қолы
Дерматит, дерматоз, қолы
Дерматит, дерматоз, қолы
Дерматит, дерматоз, қолы
Дерматит, дерматоз, қолы
Дерматит, дерматоз, қолы
Дерматит, дерматоз, қолы

«МЦ «Элеос» ЖШС
Терапевт *Мадина*
20 *04* ж. *05*

Явля 11 24 2

«МЦ «Элеос» ЖШС
Терапевт *Мадина*
20 *04* ж. *11*

Явля 05 25 01

«МЦ «Саула» ЖШС
Еңбекке қосылсын
Терапевт *Мадина*
20 *05* ж. *28*

Явля 11 28

13. ЖҮМЫС ІСТЕУГЕ РҮҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат « <u> </u> » <u> </u> айы Допуск к работе « <u> </u> » <u> </u> мая	Денсаулық сақтау субъектілерінің жауапты маманының Т.А.Ә., қолы, мөр (бар болса) Ф.И.О., підпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать (при наличии)
2016.05.24	2016.05.24	     

13. ЖҮМЫС ІСТЕУГЕ РҮҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат « <u> </u> » <u> </u> айы Допуск к работе « <u> </u> » <u> </u> мая	Денсаулық сақтау субъектілерінің жауапты маманының Т.А.Ә., қолы, мөр (бар болса) Ф.И.О., підпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать (при наличии)
2016.05.25	2016.05.25	 