



1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
Астана қаласы бойынша
"№ 5 қалалық емхана"
шаруашылық жүргізу
құқығындағы мемлекеттік
коммуналдық кәсіпорны
ГО УДАРСТВЕННОЕ КОММУНАЛЬНОЕ
ПРЕДПРИЯТИЕ НА ПРАВЕ
ХОЗЯЙСТВЕННОГО ВЕДЕНИЯ
"ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 5"
АКИМАТА ГОРОДА АСТАНЫ

1. Тегі
Фамилия

Жасенова

2. Аты
Имя

Аружан

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

Жаңақызы

4. Сериясы/серия

№ 931216450896

нөмірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца

Аружан

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

AA

№

0599648

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

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия

Дастаушы

2. Лауазымы
Должность

Шляхетский

3. Жұмыс орны
Место работы

Давудов 2015-2017 жж

4. Туған жылы, айы, күні
Дата рождения

12.12.1993

5. Мекен-жайы
Место жительства

Астана

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 Ф.И.О. (бар болса) специалиста субъектов здравоохранения, печать (при наличии)
РҰҚСАТ Кезекті медициналық тексеру Дәрігер	Жұмысқа рұқсат « » жылы, күні, айы Допуск к работе « » Дата, месяц, год	Денсаулық сақтау субъектілерінің жауапты маманының Т.А.Ә., қолы, мөр Ф.И.О. (бар болса) специалиста субъектов здравоохранения, печать (при наличии)

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 Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать (при наличии)
РҰҚСАТ Кезекті медициналық тексеру Дәрігер	Жұмысқа рұқсат « » жылы, күні, айы Допуск к работе « » Дата, месяц, год	Денсаулық сақтау субъектілерінің жауапты маманының Т.А.Ә., қолы, мөр Ф.И.О. (бар болса) специалиста субъектов здравоохранения, печать (при наличии)

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

Зертханалық зерттеулер және медициналық тексеріп-қарау нәтижесі бойынша дерігердің қорытындысы	Медициналық тексеріп-қарау жүргізген дерігердің Т.А.Ә., қолы және мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись и печать врача (при наличии), проводившего медицинский осмотр
Күні Дата 18/07/2014	18.07.2014
Зертханалық зерттеулер және медициналық тексеріп-қарау нәтижесі бойынша дерігердің қорытындысы Заключение врача по результатам лабораторных исследований и медицинского осмотра	Медициналық тексеріп-қарау жүргізген дерігердің Т.А.Ә., қолы және мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись и печать врача (при наличии), проводившего медицинский осмотр
АСТАНА ҚАЛАСЫ ӘКІМДІГІНІҢ ШЖҚ "№ 5 ҚАЛАЛЫҚ ЕМХАНА" МКК ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГ АҚЫЛЫ ҚЫЗМЕТ	АСТАНА ҚАЛАСЫ ӘКІМДІГІНІҢ ШЖҚ "№ 5 ҚАЛАЛЫҚ ЕМХАНА" МКК ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГ АҚЫЛЫ ҚЫЗМЕТ
АСТАНА ҚАЛАСЫ ӘКІМДІГІНІҢ ШЖҚ "№ 5 ҚАЛАЛЫҚ ЕМХАНА" МКК ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГ АҚЫЛЫ ҚЫЗМЕТ	АСТАНА ҚАЛАСЫ ӘКІМДІГІНІҢ ШЖҚ "№ 5 ҚАЛАЛЫҚ ЕМХАНА" МКК ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГ АҚЫЛЫ ҚЫЗМЕТ
АСТАНА ҚАЛАСЫ ӘКІМДІГІНІҢ ШЖҚ "№ 5 ҚАЛАЛЫҚ ЕМХАНА" МКК ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГ АҚЫЛЫ ҚЫЗМЕТ	АСТАНА ҚАЛАСЫ ӘКІМДІГІНІҢ ШЖҚ "№ 5 ҚАЛАЛЫҚ ЕМХАНА" МКК ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГ АҚЫЛЫ ҚЫЗМЕТ

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

Зертханалық зерттеулер және медициналық тексеріп-қарау нәтижесі бойынша дерігердің қорытындысы	Медициналық тексеріп-қарау жүргізген дерігердің Т.А.Ә., қолы және мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись и печать врача (при наличии), проводившего медицинский осмотр
Күні Дата 18/07/2014	18.07.2014
Зертханалық зерттеулер және медициналық тексеріп-қарау нәтижесі бойынша дерігердің қорытындысы Заключение врача по результатам лабораторных исследований и медицинского осмотра	Медициналық тексеріп-қарау жүргізген дерігердің Т.А.Ә., қолы және мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись и печать врача (при наличии), проводившего медицинский осмотр
АСТАНА ҚАЛАСЫ ӘКІМДІГІНІҢ ШЖҚ "№ 5 ҚАЛАЛЫҚ ЕМХАНА" МКК ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГ АҚЫЛЫ ҚЫЗМЕТ	АСТАНА ҚАЛАСЫ ӘКІМДІГІНІҢ ШЖҚ "№ 5 ҚАЛАЛЫҚ ЕМХАНА" МКК ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГ АҚЫЛЫ ҚЫЗМЕТ
АСТАНА ҚАЛАСЫ ӘКІМДІГІНІҢ ШЖҚ "№ 5 ҚАЛАЛЫҚ ЕМХАНА" МКК ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГ АҚЫЛЫ ҚЫЗМЕТ	АСТАНА ҚАЛАСЫ ӘКІМДІГІНІҢ ШЖҚ "№ 5 ҚАЛАЛЫҚ ЕМХАНА" МКК ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГ АҚЫЛЫ ҚЫЗМЕТ
АСТАНА ҚАЛАСЫ ӘКІМДІГІНІҢ ШЖҚ "№ 5 ҚАЛАЛЫҚ ЕМХАНА" МКК ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГ АҚЫЛЫ ҚЫЗМЕТ	АСТАНА ҚАЛАСЫ ӘКІМДІГІНІҢ ШЖҚ "№ 5 ҚАЛАЛЫҚ ЕМХАНА" МКК ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГ АҚЫЛЫ ҚЫЗМЕТ