



1. ПАСПОРТ ДЕКРЕТЕРІ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

М.О.
М.П.

1. Тегі
Фамилия

Түйебаева

2. Аты
Имя

Айгүл

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

Әбішев Байғұн

4. Сериясы/серия

№

0143417410

нөмірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца

Түйебаева

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

AA

№

781621

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

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия

Бұқаралық медицина

2. Лауазымы
Должность

Бұқаралық медицина

3. Жұмыс орны
Место работы

Батыс Қазақстан облыстық ауруханасы
астана қаласы Батыс Қазақстан облыстық ауруханасы

4. Туған жылы, айы, күні
Дата рождения

09.11.1992 ж.

5. Мекен-жайы
Место жительства

Қарағанды облысы

5. ТУБЕРКУЛЕЗ ТЕКСЕРУ НӘТИЖЕСІ
РЕЗУЛЬТАТ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ТУБЕРКУЛЕЗ

Күні Дата	Зертханалық зерттеулер және медициналық тексеріп-карау нәтижесі бойынша дерігердің қорытындысы Результатам лабораторных исследований и медицинского осмотра	Медициналық тексеріп-карау жүргізген дерігердің Т.А.Ә., қолы және мөрі Ф.И.О., подпись и печать врача (при наличии), проводившего медицинский осмотр
22.08.22	66727	89
07.08.25	10143	82
Дерігер/Врач	Т.А.Ә.	

ҚР Денсаулық сақтау министрлігі
РГП на ПХВ «Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау министрлігінің медициналық кеші»

Флиороторфия

Зертханалық зерттеулер және медициналық тексеріп-карау нәтижесі
Күні шжк «07» күні дерігердің қорытындысы
Результатам лабораторных исследований и медицинского осмотра

Күні Дата	Зертханалық зерттеулер және медициналық тексеріп-карау нәтижесі бойынша дерігердің қорытындысы Результатам лабораторных исследований и медицинского осмотра	Медициналық тексеріп-карау жүргізген дерігердің Т.А.Ә., қолы және мөрі Ф.И.О., подпись и печать врача (при наличии), проводившего медицинский осмотр
25.08.22	21427	89
22.08.22	21422	82
Дерігер/Врач	Т.А.Ә.	

ҚР Денсаулық сақтау министрлігі
РГП на ПХВ «Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау министрлігінің медициналық кеші»

Флиороторфия

13. ЖҮМЫСИҢИЗГЕ ПУККАТ ДОЛГУСК 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, мор (бар болса) Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать (при наличии)
№1-80 11.08.88 Аманжол		№1-80 10.08.88 Аманжол
№1-80 07.08.86 Аманжол		№1-80 07.08.86 Аманжол