

1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

Фотосурет
орны

Место
фотографии

М.О.
М.П.

1. Тегі
Фамилия

Томирисалба

2. Аты
Имя

Менер

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

Эрмешесалба

4.

сериясы/серия

№

нөмірі/номер

5. Кітапша иесінін жеке колы
Личная подпись владельца

6. Жеке медициналық кітапшанын сериясы
Серия личной медицинской книжки

СЕРИЯСЫ
СЕРИЯ

АЖ

№

851364

2

• Жеке медициналық кітапша • Личная медицинская книжка •

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

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия

2. Лауазымы
Должность

информационный
менеджер

3. Жұмыс орны
Место работы

Астана обл.

4. Туған жері, айы, күні
Дата рождения

Туған жері: Астана қаласы

5. Мекен-жайы
Место жительства

851023456789

• Жеке медициналық кітапша • Личная медицинская книжка •

3

подпись

расшифровка подписи

ШЖК МКК қалалық емхана
флюорография өтті

ГКП "№ 7 Городская поликлиника"

Флюорография прошен (а)

" 02 " 09 20 22 г

ШЖК МКК қалалық емхана

шифр
Өкпеде өршіген туберкулез өзгерістері жок

Дәрігер 20 ж.

"№ 8 қалалық емхана"

Флюорографиялық кабинет

шифр
Өкпеде өршіген туберкулез өзгерістері жок

20 " 08 20 24 ж.

Дәрігер

Дата

Закон
результатам лабораторных
исследований и
медицинского осмотра

Врача, проводившего
медицинский осмотр

АСТАНА ҚАЛАСЫ ӘКІМДІГІНІҢ
ШЖК "№ 5 ҚАЛАПЫҚ ЕМХАНА" МКК
ФЛЮОРОГРАФИЯ
ақылы қызмет



КНДЖКА
ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ

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
----------------------	---	---

№ 4304

от
до



№ 2017

Қолға ирігіс
жеткізілген

жасаған

22.08.2024г.

Д

Қолға ирігіс
жеткізілген

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ ДОПУСК К РАБОТЕ

[illegible]