1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

М.О.
М.П.

1. Тегі / Фамилия: Жексенова
2. Аты / Имя: Акмарал
3. Әкесінің аты (бар болса) / Отчество (при наличии): Дастановна
4. серия: ____ № номер: 850918451088.

   сериясы/серия — нөмірі/номер
5. Кітапша иесінің жеке қолы / Личная подпись владельца: ____
6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы / Серия личной медицинской книжки

   АА № 745090

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

1. Негізгі мамандығы / Основная профессия: ____
2. Лауазымы / Должность: учитель
3. Жұмыс орны / Место работы: КГУ „Общеобразов школа села Торгай"
4. Туған жылы, айы, күні / Дата рождения: 22.05.1985
5. Мекен-жайы / Место жительства: с. Тургай

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ
"__" 20__ ж.-дан
"__" 20__ ж.-ға дейін

ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ

ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ

МЕДОСМОТР ПРОЙДЕН

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)
	24.01.21 медо	
	Нсеер	
		24.01.22 1г
	01.08.22 медо	
	Нсеер	01.08.23
		1г
10.08.23	медо	Нсеер
	10.08.24	
		1г

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)

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША
ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА