



ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ
1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ

1. Тері Момысова
Фамилия

2. Аты Алға
Имя

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

4. №
сериясы/серия нөмірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы Момы
Личная подпись владельца

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

AA

№

431066

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

1. Негізгі мамандығы тәрбиші
Основная профессия

2. Лауазымы тәрбиші
Должность

3. Жұмыс орны "Айдар" а/б
Место работы "Маңғылтай" а/о

4. Туған жылы, айы, күні 20.11.1975
Дата рождения

5. Мекен-жайы Ақтобе обл.
Место жительства Мәжір ауданы

"Маңғылтай" а/о

Маңғылтай ауданы, 23

5. ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ТЕКСЕРУ НӘТИЖЕСІ
РЕЗУЛЬТАТ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ТУБЕРКУЛЕЗ

Күні Дата	Зертханалық зерттеулер және медициналық тексеріп-қарау нәтижесі бойынша дәрігердің қорытындысы Заключение врача по результатам лабораторных исследований и медицинского осмотра	Медициналық тексеріп- қарау дәрігердің Т.А.Ә., қолы және мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись и печать врача (при наличии), проводившего медицинский осмотр
6357	13 09	Жеңілді

6. ЖЫНЫС АУРУЛАРЫНА ДӘРІГЕРЛІК ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ЖӘНЕ
ЗЕРТХАНАЛЫҚ ЗЕРТТЕУДІҢ НӘТИЖЕСІ, ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГ
РЕЗУЛЬТАТ ВРАЧЕБНОГО ОСМОТРА И ЛАБОРАТОРНОГО
ИССЛЕДОВАНИЯ НА ВЕНЕРИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГ

Күні Дата	Зертханалық зерттеулер және медициналық тексеріп-қарау нәтижесі бойынша дәрігердің қорытындысы Заключение врача по результатам лабораторных исследований и медицинского осмотра	Медициналық тексеріп- қарау дәрігердің Т.А.Ә., қолы және мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись и печать врача (при наличии), проводившего медицинский осмотр
14.09.2020	5890	
13.09.2020	22	
16.09.2020	Дерматолог	Дерматолог

**ОТМЕТКА ОБ АТТЕСТАЦИИ НА ЗНАНИЯ НОРМАТИВНЫХ ПРАВОВЫХ
АКТОВ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН В СФЕРЕ САНИТАРНО-
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ И
ГИГИЕНИЧЕСКИХ НОРМАТИВОВ**

20

13. ЖҰМЫС ІСТЕМЕГЕ РҰҚСАТ ДОПУСК К РАБОТЕ

[illegible]

