



М.О.  
М.П.

*Олжабай*

1. Тегі  
Фамилия

2. Аты  
Имя

*Айдана*

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

*Ночайқоу*

4.   
сериясы/серия

№  960919450107  
нөмірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы  
Личная подпись владельца

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы  
Серия личной медицинской книжки

AA

№  2423262

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

1. Негізгі мамандығы  
Основная профессия

2. Лауазымы  
Должность

*қазақ тілі*

*Әдебиет мұғалімі*

3. Жұмыс орны  
Место работы

*АЖСР, Бобек*

*- Дөл к. Жасал*

4. Туған жері, айы, күні  
Дата рождения

*19.09.1986*

5. Мекен-жайы  
Место жительства

*г. Жасал*

*Ассена Нешен*

*р 8 кв 24*



13. ЖҰМЫС ІСТЕУІНЕ РҰҚСАТ  
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат	Денсаулық сақтау субъектілерінің жауапты маманының Т.А.Ә., қолы, мөр (бар болса)
« <u>  </u> » _____ Допуск к работе	« <u>  </u> » _____ Допуск к работе	Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать (при наличии)
« <u>  </u> » _____ Дата месяц год	« <u>  </u> » _____ Допуск к работе	Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать (при наличии)
« <u>  </u> » _____ Дата месяц год	« <u>  </u> » _____ Допуск к работе	Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать (при наличии)
« <u>  </u> » _____ Дата месяц год	« <u>  </u> » _____ Допуск к работе	Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать (при наличии)



13. ЖҰМЫС ІСТЕУІНЕ РҰҚСАТ  
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат	Денсаулық сақтау субъектілерінің жауапты маманының Т.А.Ә., қолы, мөр (бар болса)
« <u>  </u> » _____ Допуск к работе	« <u>  </u> » _____ Допуск к работе	Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать (при наличии)
« <u>  </u> » _____ Дата месяц год	« <u>  </u> » _____ Допуск к работе	Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать (при наличии)
« <u>  </u> » _____ Дата месяц год	« <u>  </u> » _____ Допуск к работе	Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать (при наличии)
« <u>  </u> » _____ Дата месяц год	« <u>  </u> » _____ Допуск к работе	Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать (при наличии)

