

1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

М.О.
М.П.

1. Тегі
Фамилия Елеуінова

2. Аты
Имя Айгүл

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

4. _____ № _____
сериясы/серия нөмірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца _____

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

СЕРИЯСЫ
СЕРИЯ АЖ № 1354162

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

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия Терапевт

2. Лауазымы
Должность _____

3. Жұмыс орны
Место работы «Қарсақ-Ата» - бойынша бақылаушы

4. Туған жері, айы, күні
Дата рождения 19.08.1995

5. Мекен-жайы
Место жительства Егіндібұлақ ауылы

Scanner App Lite

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)
	ШЖҚ "Қобда аудандық ауруханасы" МКК "12" 08 2023 ж. бастап "15" 02 2024 ж. дейін жұмыс істеуге рұқсат	
	ШЖҚ "Қобда аудандық ауруханасы" МКК "16" 02 2021 ж. бастап "13" 08 2021 ж. дейін жұмыс істеуге рұқсат	
	ШЖҚ "Қобда аудандық ауруханасы" МКК "16" 08 2023 ж. бастап "14" 02 2024 ж. дейін жұмыс істеуге рұқсат	

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША
ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА

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

Scanner App Lite