

1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРИ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ



М.О.
М.П.

1. Тегі
Фамилия Сурман
2. Аты
Имя Нина
3. Экеңгін аты (бар болса)
Отчество (при наличии) Кетрובה
4. Сериясы/серия
№ номер/номер
5. Кітапна истреңи жеке кола
Личная подпись-владельца
6. Жеке медициналык кітапханаңа сериясы
Серия личной медицинской книжки
AA № 728724

2. ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫК КИТАПХАНАҢ
ИСТИРАЛЫ МӘЛІМЕТТЕР
СВЕДЕНИЯ О ВЛАДЕЛЬЦЕ
ЛИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КНИЖКИ

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия
2. Лауазымы
Должность Учитель
3. Жұмыс орыны
Место работы Мектеп
4. Туған жылы, айы, күні
Дата рождения 08.09.1979
5. Мекен-жайы
Место жительства Сандыктау

ҚАМОРА ОБЕЛГЕСІНІҢ ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РУҚСАТ САРТАУ БАСҚАРМАСЫ ДҮПЛУСК КҰРАТЫ
ЖАНЫҚТАУ САНЫ: 2024.05.24.08

ҚАМОРА ОБЕЛГЕСІНІҢ ДЕНСАУЛЫҚ САРТАУ БАСҚАРМАСЫНЫҢ
 Денсаулық сақтау саласы
 Субъектілерінің жауапты мамандығы Т.А.Ә., қола, мөр (бар болса)
 Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектом здравоохранения, печать (при наличии)

Шығарушының аты-жынысы және қолы: *А. Д. 24.05.2024*
 Күні: *24.05.2024*
 Дата: *24.05.2024*

№: *24.05.24.08*

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат жылы, күні, айы Допуск к работе дата, месяц, год	Денсаулық сақтау субъектілерінің жауапты мамандығы Т.А.Ә., қола, мөр (бар болса) Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектом здравоохранения, печать (при наличии)

ҚАМОРА ОБЕЛГЕСІНІҢ ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РУҚСАТ САРТАУ БАСҚАРМАСЫ ДҮПЛУСК КҰРАТЫ

ҚАМОРА ОБЕЛГЕСІНІҢ ДЕНСАУЛЫҚ САРТАУ БАСҚАРМАСЫНЫҢ
 Денсаулық сақтау саласы
 Субъектілерінің жауапты мамандығы Т.А.Ә., қола, мөр (бар болса)
 Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектом здравоохранения, печать (при наличии)

Шығарушының аты-жынысы және қолы: *А. Д. 24.05.2024*
 Күні: *24.05.2024*
 Дата: *24.05.2024*

№: *24.05.24.08*

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат жылы, күні, айы Допуск к работе дата, месяц, год	Денсаулық сақтау субъектілерінің жауапты мамандығы Т.А.Ә., қола, мөр (бар болса) Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектом здравоохранения, печать (при наличии)