



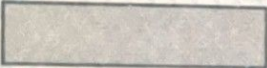
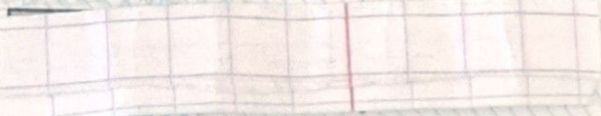
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ
1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ



1. Teri
Фамилия

2. Аты
Имя

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

4.  № 
сериясы/серия

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

AA

№

410339

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

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия

2. Лауазымы
Должность

3. Жұмыс орны
Место работы

4. Туган жылы, айы, күні
Дата рождения

5. Мекен-жайы
Место жительства

Аушаны

кінесі үлгілеткер

Қазақстан ж. о. м.

23.02.1977

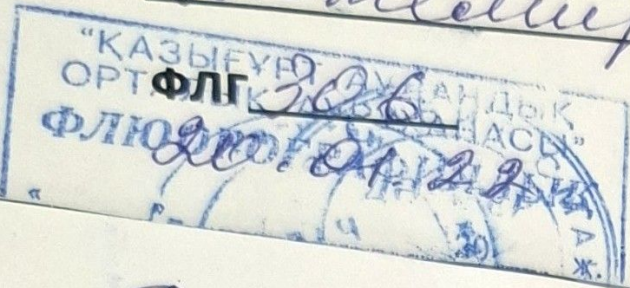
Қазықұрт ауд.

Қарағанды ауданы

ын ауырған инфекциялык аурулар
е перенесенные инфекционные заболевания

[illegible]

Аты жөнү Темешеров



жөнү Темешеров



тынды Без намооно

ФЛЮОРОГРАФИЯЛЫК	
«28» 2014 ж.	
КЕУДЕЛІК КЛЕТКА	
АҒЗАЛАРЫ ТЕКСЕРУДЕН ӨТТІ	

КАЗГУРТ РП

од рождения :1977 ; Номер мед. карты :90

кибел жом жумышы; Группа ::
а :ул Куралов №132;
12ФК1-01;



ішіна қызметкерлері

ФЛЮОРОГРАФИЯЛЫК	
«28» 2014 ж.	
КЕУДЕЛІК КЛЕТКА	
АҒЗАЛАРЫ ТЕКСЕРУДЕН ӨТТІ	

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

Күні Дата	Зертханалық зерттеулер және медициналық тексеріп-карау нәтижесі бойынша дәрігердің қорытындысы Заключение врача по результатам лабораторных исследований и медицинского осмотра	Медициналық тексеріп- карау дәрігердің Т.А.Ә., қолы және мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись и печать врача (при наличии), проводившего медицинский осмотр
07.02.22	№ 30 ОҒР	
08.02.2022	Дек. сәу. ОҒ	
06.02.23	Дек. сәу. ОҒ	
06.02.23	Дек. сәу. ОҒ	
09.02.24	Дек. сәу. ОҒ	
15.01.2020	ср. н.с. ОҒ	
15.02.2025	Дек. сәу. ОҒ	

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)
	07.02.22	ЖҰМЫСҚА
		ЖШС «ПРОФИЛАКТИКА»
		МЕДИЦИНА ОРТАЛЫҒЫ
		ЖҰМЫСҚА РҰҚСАТ БЕРІЛДІ
		Қазығұрт ауданы
	МЕРЗІМІ «20» 01 2023	
		МЦ «Профилактика»
		Жұмысқа рұқсат берілді
		17.02.2023
		04.01.2024
		Ф.И.О., подпись
		МЦ «Профилактика»
		Жұмысқа рұқсат берілді
		02.02.2024
		01.02.2025

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)
		МЦ «Профилактика»
		Жұмысқа рұқсат берілді
		15.01.2025
		15.01.2026
		29.08.21
		ЖШС «ПРОФИЛАКТИКА»
		МЕДИЦИНА ОРТАЛЫҒЫ
		ЖҰМЫСҚА РҰҚСАТ БЕРІЛДІ
		Қазығұрт ауданы
		МЕРЗІМІ «28» 08 2024