1. Паспорт деректері
Паспортные данные

М.О.
М.П.

1. Тегі
Фамилия Утешева

2. Аты
Имя Маркизат

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

4. [ ] № 760810401828
сериясы/серия нөмірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

АЖ № 001610

2. Жеке медициналық кітапшаның иесі туралы мәліметтер
Сведения о владельце личной медицинской книжки

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия Мейірбирші

2. Лауазымы
Должность Жоғары

3. Жұмыс орны
Место работы „Қызғалдақ" бөбекжай - бақшасы

4. Туған жылы, айы, күні
Дата рождения 10.08.1976 ж

5. Мекен-жайы
Место жительства Елтай ауылы

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, мөрі Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать
	10 09	
		26.01.23
		Ксар
		29. 03. 2023
		24.09.23
		Ксар

1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

М.О.
М.П.

1. Тегі
Фамилия: Уразмуханбетова

2. Аты
Имя: Айнагул

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

4. 048551138 № ✓
сериясы/серия нөмірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца: Разза

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

СЕРИЯСЫ / СЕРИЯ АЖ № 804149

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

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия: Педагогика
пенк. пәні оқытушысы б/б. 2.

2. Лауазымы
Должность: әдіскер

3. Жұмыс орны
Место работы: „Қоңырсалды"
бөбекжай-бақшасы

4. Туған жері, айы, күні
Дата рождения: 21.10.1968 ж.

5. Мекен-жайы
Место жительства: Атырау облысы
Индер ауданы
Елтай ауылы
С. Датов көшесі 5/1 үй

12. ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ХАЛЫҚТЫҢ САНИТАРИЯЛЫҚ-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ САЛАУАТТЫЛЫҒЫ САЛАСЫНДАҒЫ НОРМАТИВТІК ҚҰҚЫҚТЫҚ АКТІЛЕРДІ ЖӘНЕ ГИГИЕНАЛЫҚ НОРМАТИВТЕРДІ БІЛУІН АТТЕСТАТТАУ ТУРАЛЫ БЕЛГІ

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

Күні Дата	Аттестаттау туралы белгі Отметка об аттестации	Оқыту мен аттестаттауды өткізген ұйым басшысының Т.А.Ә., қолы, мөр Ф.И.О., подпись руководителя организации, проводившего обучение и аттестацию, печать

КНИЖКА ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ

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 Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау Министрлігі		Жұмысқа жіберілді Допускается к работе 20 07 20 [illegible]
«Инлер аудандық орталық аурухана» коммуналдық мемлекеттік қазыналық кәсіпорын		Келетін мерзімі Дата прибытия 18.01.2023 Қолы подпись [illegible]
		Жұмысқа жіберілді Допускается к работе 15 02 20 23
«Инлер аудандық орталық аурухана» коммуналдық мемлекеттік қазыналық кәсіпорын		Келетін мерзімі Дата прибытия 19.07.23 Қолы подпись [illegible]

КНИЖКА ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ

1. Паспорт деректері
Паспортные данные

М.О.
М.П.

1. Тегі
Фамилия Габдуллина

2. Аты
Имя Зоя

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

4. УЦ МЧ №
сериясы/серия нөмірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

АЖ № 051496

2. Жеке медициналық кітапшаның иесі туралы мәліметтер
Сведения о владельце личной медицинской книжки

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия мектепке дейінгі оқыту мен тәрбиелеу

2. Лауазымы
Должность тәрбиешісі

3. Жұмыс орны
Место работы "Жұлдыз" мектепке дейінгі бөбекжай-бақша

4. Туған жылы, айы, күні
Дата рождения 1.01.1964ж

5. Мекен-жайы
Место жительства с. Елтай

12. Қазақстан республикасының халықтың санитарлық-эпидемиологиялық салауаттылығы саласындағы нормативтік құқықтық актілерді және гигиеналық нормативтерді білуін аттестаттау туралы белгі
Отметка об аттестации на знания нормативных правовых актов Республики Казахстан в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения и гигиенических нормативов

Күні Дата	Аттестаттау туралы белгі Отметка об аттестации	Оқыту мен аттестаттауды өткізген ұйым басшысының Т.А.Ә., қолы, мөрі Ф.И.О., подпись руководителя организации, проводившего обучение и аттестацию, печать

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, мөрі Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать
		Дата прибытия 16.12.22
		Қолы подпись
		Жұмысқа жіберілді Допускается к работе 23 12 20 22
		Келетін мерзімі 14.06.23 Дата прибытия
		Қолы подпись

1. Паспорт деректері
Паспортные данные

М.О.
М.П.

1. Тегі
Фамилия Кусанова

2. Аты
Имя Роза

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

4. [redacted] №
сериясы/серия нөмірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца Кусанова

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

АЖ № 051496

2. Жеке медициналық кітапшаның иесі туралы мәліметтер
Сведения о владельце личной медицинской книжки

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия Вахтаушы сестра мұғалімге тәрбиеші.

2. Лауазымы
Должность тәрбиеші

3. Жұмыс орны
Место работы "Жұлдыз" мектепке дейінгі бөбекжай бөлімшесі

4. Туған жылы, айы, күні
Дата рождения 15.07.1963 ж.

5. Мекен-жайы
Место жительства Есенгей ауылы

12. Қазақстан республикасының халықтың санитарлық-эпидемиологиялық салауаттылығы саласындағы нормативтік құқықтық актілерді және гигиеналық нормативтерді білуін аттестаттау туралы белгі
Отметка об аттестации на знания нормативных правовых актов Республики Казахстан в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения и гигиенических нормативов

Күні Дата	Аттестаттау туралы белгі Отметка об аттестации	Оқыту мен аттестаттауды өткізген ұйым басшысының Т.А.Ә., қолы, мөрі Ф.И.О., подпись руководителя организации, проводившего обучение и аттестацию, печать
		Рахимова Н.С.
14	06	22

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, мөрі Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать
		16 06 2022
		16.12.22
		Черник
	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау Министрлігі «Индер аудандық орталық аурухана» коммуналдық мемлекеттік қазыналық кәсіпорын	Жұмыска жіберілді Допускается к работе 23 12 2022 Келгін мерзімі Дата прибытия 14.06.23 Қолы подпись

1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

М.О.
М.П.

1. Тегі
Фамилия Даутова

2. Аты
Имя Гульжану

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

4. Ұ ешн № 6512204004 36
сериясы/серия номірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

СЕРИЯСЫ
СЕРИЯ АЖ № 773878

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

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия тәрбиеші

2. Лауазымы
Должность тәрбиеші

3. Жұмыс орны
Место работы „Балдырған" б/бақшасы

4. Туған жері, айы, күні
Дата рождения 20.12.1965 ж.

5. Мекен-жайы
Место жительства Кентау қаласы Мира даңғылы

12. ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ХАЛЫҚТЫҢ САНИТАРИЯЛЫҚ-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ САЛАУАТТЫЛЫҒЫ САЛАСЫНДАҒЫ НОРМАТИВТІК ҚҰҚЫҚТЫҚ АКТІЛЕРДІ ЖӘНЕ ГИГИЕНАЛЫҚ НОРМАТИВТЕРДІ БІЛУІН АТТЕСТАТТАУ ТУРАЛЫ БЕЛГІ

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

Күні Дата	Аттестаттау туралы белгі Отметка об аттестации	Оқыту мен аттестаттауды өткізген ұйым басшысының Т.А.Ә., қолы, мөр Ф.И.О., подпись руководителя организации, проводившего обучение и аттестацию, печать

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат «___» _____ жылы күні айы Допуск к работе «___» _____ 20__ жылы	Денсаулық сақтау субъектілерінің жауапты маманының Т.А.Ә., қолы, мөр Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать
		24 06 22
		22/2/22
		Ж. Камалова
		Жұмысқа жіберілді Допускается к работе 26 12 2022
		Келетін мерзімі Дата прибытия 21.06.23
		Қолы подпись Kraff

1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

Санитарная Книжка

М.О.
М.П.

1. Тегі
Фамилия Исенгалиева

2. Аты
Имя Нурганым

3. Әкесінің аты
Отчество Талгатовна

4. Ад. мт № 031526178
сериясы/серия нөмірі/номер

5. 860123401478
СТН/РНН және ЖСН/ИИН (ол болған жағдайда) (при его наличии)

6. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца

7. Жеке медициналық кітапша
Медицинская книжка выдана

_____ _____ берді
кандай ұйым/кем қашан/когда

СЕРИЯСЫ / СЕРИЯ АА № 725595

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

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия Эпидемиолог

2. Лауазымы
Должность

3. Жұмыс орны
Место работы "Кутаидак" Поликлиника

4. Туған жері, айы, күні
Дата рождения 23.01.1986

5. Мекен-жайы
Место жительства Атырау обл
г. Индер
с. Алтай
М. Мауке 6/2

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат «_____»_____ жылы күні айы Допуск к работе «_____»_____ дата месяц год	Тиісті аумақтардағы көліктерді халықтың санитариялық-эпидемиологиялық салауаттылығы саласындағы мемлекеттік органның лауазымды адамының Т.А.Ә., қолы мөр Ф.И.О., подпись должностного лица государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения на соответствующих территориях, на транспорте, печать

Мінистрлігі
«Индер аудандық орталық аурухана» коммуналдық мемлекеттік қазыналық кәсіпорны
Келетін мерзімі
Дата прибытия
Кететін мерзімі
Дата убытия
02.09.20
02.09.21

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША
ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА

Бала күтімінде 2022 жыл 14 қаңтар

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат «_____»_____ жылы күні айы Допуск к работе «_____»_____ дата месяц год	Тиісті аумақтардағы көліктерді халықтың санитариялық-эпидемиологиялық салауаттылығы саласындағы мемлекеттік органның лауазымды адамының Т.А.Ә., қолы мөр Ф.И.О., подпись должностного лица государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения на соответствующих территориях, на транспорте, печать

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША
ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА

1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

Санитарная книжка

М.О.
М.П.

1. Тегі Досқашева
Фамилия

2. Аты Жұлдыз
Имя

3. Әкесінің аты Әлішетқызы
Отчество

4. [ ] № [ ]
сериясы/серия номірі/номер

5. _____
СТН/РНН және ЖСН/ИИН (ол болған жайдайда) (при его наличии)

6. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца

7. Жеке медициналық кітапша
Медицинская книжка выдана

_____ _____ берді
кандай ұйым/кем қашан/когда

СЕРИЯСЫ / СЕРИЯ AA № 0020547

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

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия

2. Лауазымы тәрбиеші
Должность

3. Жұмыс орны „Ұшқындар" бөбекжайы
Место работы

4. Туған жері, айы, күні 28.01.1990 ж
Дата рождения

5. Мекен-жайы Атырау обл. Махат ауданы Алтай ауылы Абылаев көшесі № 10,2 үй
Место жительства

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат ____«____»____ жылы күні айы Допуск к работе «____»_____ дата месяц год	Тиісті аумақтардағы, көліктегі халықтың санитариялық-эпидемиологиялық салауаттылығы саласындағы мемлекеттік органның лауазымды адамының Т.А.Ә., қолы, мөр Ф.И.О., подпись должностного лица государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения на соответствующих территориях, на транспорте, печать
		«Атырау қаласы және Атырау облыс Интертич отбасылық дәрігерлік амбулатория» жеке мекемесі ЖҰМЫСҚА ЖІБЕРІЛДІ «10» 04 2018 жыл 7.10.172 жауапты маманының Т.А.Ә., қолы
		«Атырау қаласы және Атырау облыс Интертич отбасылық дәрігерлік амбулатория» жеке мекемесі ЖҰМЫСҚА ЖІБЕРІЛДІ «21» 08 2019 жыл 24.08.18г. жауапты маманының Т.А.Ә., қолы

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША
ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА

Бала күтімінде 2022 жыл 11 сәуір

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат ____«____»____ жылы күні айы Допуск к работе «____»_____ дата месяц год	Тиісті аумақтардағы, көліктегі халықтың санитариялық-эпидемиологиялық салауаттылығы саласындағы мемлекеттік органның лауазымды адамының Т.А.Ә., қолы, мөр Ф.И.О., подпись должностного лица государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения на соответствующих территориях, на транспорте, печать

ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПША
ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КНИЖКА

1. Паспорт деректері
Паспортные данные

М.О.
М.П.

1. Тегі
Фамилия Тасимова

2. Аты
Имя Жеңхан

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

4. [redacted] № [redacted]
сериясы/серия нөмірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца 911119400899

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы №
Серия личной медицинской книжки

СЕРИЯСЫ
СЕРИЯ **АА** № 0005846

2. Жеке медициналық кітапшаның иесі туралы мәліметтер
Сведения о владельце личной медицинской книжки

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия

2. Лауазымы
Должность тәрбиеші

3. Жұмыс орны
Место работы Қызғалдақ" б/бақшасы тәрбиеші

4. Туған жылы, айы, күні
Дата рождения 19.11.1991

5. Мекен-жайы
Место жительства Атырау облысы Индер ауданы Елтай селосы

12. Қазақстан Республикасы халқының санитариялық-эпидемиологиялық салауаттылығы саласындағы нормативтік құқықтық актілерді және гигиеналық нормативтерді білуін аттестаттау туралы белгі

Отметка об аттестации на знание нормативных правовых актов Республики Казахстан в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения и гигиенических нормативов

Күні Дата	Аттестаттау туралы белгі Отметка об аттестации	Оқыту мен аттестаттауды өткізген ұйым басшысының Т.А.Ә., қолы, мөрі Ф.И.О., подпись руководителя организации, проводившего обучение и аттестацию, печать

13. Жұмыс істеуге рұқсат
Допуск к работе

Жұмыс істеуге рұқсат «__»_____ күні айы жылы Допуск к работе «__»_____ дата месяц год	Денсаулық сақтау субъектілерінің жауапты маманының Т.А.Ә., қолы, мөрі Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать
Күні Дата	Жұмысқа жіберілді Допускается к работе 21.04.17 Келетін мерзімі Дата прибытия Қолы подпись
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау Министрлігі «Индер аудандық орталық ауруханасы» коммуналдық мемлекеттік қазыналық кәсіпорын	Жұмысқа жіберілді Допускается к работе 25.07.18 Келетін мерзімі Дата прибытия 27.03.19 Қолы подпись

Бала күтімінде 2023 жыл 26 қаңтар

1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

М.О.
М.П.

1. Тегі / Фамилия: Амангалиева
2. Аты / Имя: Асыгзода
3. Әкесінің аты (бар болса) / Отчество (при наличии): Канатовна
4. [redacted] № 7807224007 06
   сериясы/серия — нөмірі/номер
5. Кітапша иесінің жеке қолы / Личная подпись владельца
6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы / Серия личной медицинской книжки

СЕРИЯСЫ / СЕРИЯ АЖ № 311251

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

1. Негізгі мамандығы / Основная профессия
2. Лауазымы / Должность: Тәрбиеші
3. Жұмыс орны / Место работы: „Ынтымақ" бөбекжай-бақшасы
4. Туған жері, айы, күні / Дата рождения: 22.07.1978
5. Мекен-жайы / Место жительства: с. Бетай
   ул. Казахстан №35

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 Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать
		Допускается к работе 28 12 22 «__»_____20__г.
		Келетін мерзімі Дата прибытия 15.06.23
		Қолы подпись

Денсаулық сақтау Министрлігі
«Индер аудандық орталық аурухана» коммуналдық мемлекеттік қазыналық кәсіпорны
Книжка личная медицинская

Қазақстан Республикасының қолданыстағы заңына сәйкес және халықтың денсаулығын сақтау, жұқпалы және паразиттік аурулардың алдын алу мақсатында ұйымдардың қызметкерлері, меншік нысанына қарамастан, шаруашылық және/немесе өндірістік қызметті жүзеге асыратын жеке тұлғалар алдын ала және мерзімдік медициналық қараулар мен медициналық тексеулерден өтуге міндетті.

В соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан и в целях охраны здоровья населения, предотвращения инфекционных и паразитарных заболеваний, работники организаций, независимо от форм собственности, физические лица, осуществляющие какую-либо хозяйственную и/или производственную деятельность, обязаны проходить предварительные и периодические медицинские осмотры и специальные медицинские обследования.

1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

М.О.
М.П.

1. Тегі / Фамилия: Алибергенова
2. Аты / Имя: Райхан
3. Әкесінің аты / Отчество: Балтабаевна
4. ӘД-МС № 019528849
   сериясы/серия — нөмірі/номер
5. 890904401822
   СТН/РНН және ЖСН/ИИН (ол болған жайдайда) (при его наличии)
6. Кітапша иесінің жеке қолы / Личная подпись владельца
7. Жеке медициналық кітапша / Медицинская книжка выдана

_____ кандай ұйым/кем — _____ берді / когда

СЕРИЯСЫ / СЕРИЯ АА **№** 240638

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

1. Негізгі мамандығы / Основная профессия: Мектепке дейінгі тәрбие
2. Лауазымы / Должность: Тәрбиешісі
3. Жұмыс орны / Место работы: "Қозталақ" бөбекжай бақшасы
4. Туған жері, айы, күні / Дата рождения: 03.09.1989
5. Мекен-жайы / Место жительства: Атырау обл. Индер ауданы Елтай селосы С. Датов к/сі 27 үй 13 пәт.

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат ____«___»_____ жылы күні айы Допуск к работе «___»_____ дата месяц год	Тиісті аумақтардағы, көліктегі халықтың санитариялық-эпидемиологиялық салауаттылығы саласындағы мемлекеттік органның лауазымды адамының Т.А.Ә., қолы, мөр Ф.И.О., подпись должностного лица государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения на соответствующих территориях, на транспорте, печать
Денсаулық сақтау Министрлігі		Допускается к работе
		10 06 2022 г.
«Инлер аудандық орталық ауруханасы» коммуналдық мемлекеттік қазыналық кәсіпорны		Келетін мерзімі Дата прибытия 07.12.21
		Қолы подпись

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат ____«___»_____ жылы күні айы Допуск к работе «___»_____ дата месяц год	Тиісті аумақтардағы, көліктегі халықтың санитариялық-эпидемиологиялық салауаттылығы саласындағы мемлекеттік органның лауазымды адамының Т.А.Ә., қолы, мөр Ф.И.О., подпись должностного лица государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения на соответствующих территориях, на транспорте, печать
мемлекеттік қазыналық кәсіпорны		Қолы подпись

Бала күтімінде 2022 жыл 13 шілде

1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

М.О.
М.П.

1. Тегі / Фамилия: Калинова
2. Аты / Имя: Кенжегул
3. Әкесінің аты (бар болса) / Отчество (при наличии): Нуралиевна
4. [redacted] № [redacted]
   сериясы/серия — нөмірі/номер
   84021940 1703
5. Кітапша иесінің жеке қолы / Личная подпись владельца: Калин
6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы / Серия личной медицинской книжки: АА № 833174

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

1. Негізгі мамандығы / Основная профессия: Мектепке дейінгі тәрбие
2. Лауазымы / Должность: Тәрбиеші
3. Жұмыс орны / Место работы: „Қызылдақ" мектепке дейінгі білім беру ұйымы
4. Туған жылы, айы, күні / Дата рождения: 19.02.1984
5. Мекен-жайы / Место жительства: Индер ауданы, Елтай ауылы, С.Датұлы 16/2

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)
		11 01 2023
		30.05.23

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)
		«03» 06 2022
		03 06 22
		«17» 01 2023
		27.04.23

ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ
1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ

М.О.
М.П.

1. Тегі
Фамилия Отеулова

2. Аты
Имя Ақжұр

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

4. [redacted] № 961116450283
сериясы/серия нөмірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

АА № 410339

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

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия Тәрбиеші

2. Лауазымы
Должность

3. Жұмыс орны
Место работы „Құлыншақ" балабақшасы

4. Туған жылы, айы, күні
Дата рождения 16. 11. 1996

5. Мекен-жайы
Место жительства Ақтау

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)
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау Министрлігі «Индер аудандық орталық аурухана» коммуналдық мемлекеттік қазыналық кәсіпорын		Жұмысқа жіберілді Допускается к работе «16» 08 2022 г. Келетін мерзімі Дата прибытия 16.08.22 Қолы подпись
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау Министрлігі «Индер аудандық орталық аурухана» коммуналдық мемлекеттік қазыналық кәсіпорын		Жұмысқа жіберілді Допускается к работе «17» 10 2022 г. Келетін мерзімі Дата прибытия 06.04.23 Қолы подпись
		«13» 04 2023 г.
		21.09.23

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)

1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

М.О.
М.П.

1. Тегі / Фамилия: Шайдолла
2. Аты / Имя: Әмина
3. Әкесінің аты / Отчество: Шайдолламұлы
4. [redacted] № [redacted]
   сериясы/серия — нөмірі/номер
5. СТН/РНН және ЖСН/ИИН (ол болған жайдайда) (при его наличии)
6. Кітапша иесінің жеке қолы / Личная подпись владельца: Аміна
7. Жеке медициналық кітапша / Медицинская книжка выдана
   кандай ұйым/кем — кашан/когда — берді

СЕРИЯСЫ / СЕРИЯ: АА № 080368

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

1. Негізгі мамандығы / Основная профессия: Мектепке дейінгі тәрбие
2. Лауазымы / Должность: Тәрбиеші
3. Жұмыс орны / Место работы: „Жұлдамақ" балабақшасы
4. Туған жері, айы, күні / Дата рождения: с. Алтай 01.05.97.
5. Мекен-жайы / Место жительства: Шаимов 21

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат ____«___»_____ жылы күні айы Допуск к работе «___»_____ дата месяц год	Тиісті аумақтардағы, көліктегі халықтың санитариялық-эпидемиологиялық салауаттылығы саласындағы мемлекеттік органның лауазымды адамының Т.А.Ә., қолы, мөр Ф.И.О., подпись должностного лица государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения на соответствующих территориях, на транспорте, печать
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау Министрлігі «Индер аудандық орталық аурухана» коммуналдық мемлекеттік қазыналық кәсіпорны		Жұмысқа жіберілді Допускается к работе 25 08 2020 ж. Келетін мерзімі Дата прибытия 24.07.21г. Қолы подпись

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат ____«___»_____ жылы күні айы Допуск к работе «___»_____ дата месяц год	Тиісті аумақтардағы, көліктегі халықтың санитариялық-эпидемиологиялық салауаттылығы саласындағы мемлекеттік органның лауазымды адамының Т.А.Ә., қолы, мөр Ф.И.О., подпись должностного лица государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения на соответствующих территориях, на транспорте, печать
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау Министрлігі «Индер аудандық орталық аурухана» коммуналдық мемлекеттік қазыналық кәсіпорны		Жұмысқа жіберілді Допускается к работе 15 10 2021 ж. Келетін мерзімі Дата прибытия 15.02.22 Қолы подпись

Бала күтімінде 2022 жыл 26 шілде

1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

М.О.
М.П.

1. Тегі
Фамилия: Жалиева

2. Аты
Имя: Алтынай

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

4. [redacted] № [redacted]
сериясы/серия номірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца: Жалиева

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

СЕРИЯСЫ / СЕРИЯ АЖ № 537404

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

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия: Жарышы.

2. Лауазымы
Должность:

3. Жұмыс орны
Место работы: Өзгалдақ. б/бақшасы

4. Туған жері, айы, күні
Дата рождения: 19.07.1978 ж.

5. Мекен-жайы
Место жительства: Ақтөбе обл Мәртөк ауданы. с. Елтай.

12. ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ХАЛЫҚТЫҢ САНИТАРИЯЛЫҚ-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ САЛАУАТТЫЛЫҒЫ САЛАСЫНДАҒЫ НОРМАТИВТІК ҚҰҚЫҚТЫҚ АКТІЛЕРДІ ЖӘНЕ ГИГИЕНАЛЫҚ НОРМАТИВТЕРДІ БІЛУІН АТТЕСТАТТАУ ТУРАЛЫ БЕЛГІ

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

Күні Дата	Аттестаттау туралы белгі Отметка об аттестации	Оқыту мен аттестаттауды өткізген ұйым басшысының Т.А.Ә., қолы, мөр Ф.И.О., подпись руководителя организации, проводившего обучение и аттестацию, печать

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат ____«____»_____ жылы күні айы Допуск к работе «___» жылы күні айы	Денсаулық сақтау субъектілерінің жауапты маманының Т.А.Ә., қолы, мөр Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать
	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау Министрлігі «Индер аудандық орталық ауруханасы» коммуналдық мемлекеттік қазыналық кәсіпорын	Жұмысқа жіберілді Допускается к работе «30» 06 2022 ж. Келетін мерзімі 27.12.22 Дата прибытия Қолы подпись
	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау Министрлігі «Индер аудандық орталық ауруханасы» коммуналдық мемлекеттік қазыналық кәсіпорын	Жұмысқа жіберілді Допускается к работе «22» 12 2022 Келетін мерзімі 07.06.23 Дата прибытия Қолы подпись

1. Паспорт деректері
Паспортные данные

М.О.
М.П.

1. Тегі
Фамилия Дуренсева

2. Аты
Имя Гаухар

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

4. ҮСМ № 841022400698
сериясы/серия нөмірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

АЖ № 051496

2. Жеке медициналық кітапшаның иесі туралы мәліметтер
Сведения о владельце личной медицинской книжки

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия

2. Лауазымы Тәрбиеші
Должность

3. Жұмыс орны Коугалдак
Место работы бала бакшасы

4. Туған жылы, айы, күні 22.10.1984
Дата рождения

5. Мекен-жайы Елтай
Место жительства ул Мокамбет 9

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, мөрі Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать
		Жұмысқа жіберілді допускается к работе
		07 02 2023
		Келетін мерзімі Дата прибытия 06.08.23
		Қолы подпись

1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

М.О.
М.П.

1. Тегі
Фамилия Жалданова

2. Аты
Имя Мерует

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

4. 040481412 № 9912 13450335
сериясы/серия нөмірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

СЕРИЯСЫ
СЕРИЯ АЖ № 353467

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

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия Педагогика және психология

2. Лауазымы
Должность Психолог

3. Жұмыс орны
Место работы Д/сад, Кызылдан

4. Туған жері, айы, күні
Дата рождения 13.12.1999

5. Мекен-жайы
Место жительства Четкат

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 Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать
	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау Министрлігі	Жұмысқа жіберілді Допускается к работе 2 08 2022 ж.
	«Индер аудандық орталық аурухана» коммуналдық мемлекеттік қазыналық кәсіпорын	Келетін мерзімі Дата прибытия 28.01.23 Қолы подпись Юсоф
	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау Министрлігі	Жұмысқа жіберілді Допускается к работе 27 03 23 _____20___
	«Индер аудандық орталық аурухана» коммуналдық мемлекеттік қазыналық кәсіпорын	Келетін мерзімі Дата прибытия 02.08.23 Қолы подпись

Қазақстан Республикасының қолданыстағы заңына сәйкес және халықтың денсаулығын сақтау, жұқпалы және паразиттік аурулардың алдын алу мақсатында ұйымдардың қызметкерлері, меншік нысанына қарамастан, шаруашылық және/немесе өндірістік қызметті жүзеге асыратын жеке тұлғалар алдын ала және мерзімдік медициналық қараулар мен медициналық тексеулерден өтуге міндетті.

В соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан и в целях охраны здоровья населения, предотвращения инфекционных и паразитарных заболеваний, работники организаций, независимо от форм собственности, физические лица, осуществляющие какую-либо хозяйственную и/или производственную деятельность, обязаны проходить предварительные и периодические медицинские осмотры и специальные медицинские обследования.

ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ
1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ

М.О.
М.П.

1. Тегі
Фамилия Минжасова

2. Аты
Имя Асель

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

4. [ ] № 901214402364
сериясы/серия нөмірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца Мсел

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

АА № 431066

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

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия тәрбиеші

2. Лауазымы
Должность педагог

3. Жұмыс орны
Место работы „Қызғалдақ" бөбекжай-бақшасы

4. Туған жылы, айы, күні
Дата рождения 14.12.1990 ж

5. Мекен-жайы
Место жительства Елтай ауылы Тәйманов к-сі N8/2 үй

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)
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау Министрлігі		Жұмысқа жіберілді Допускается к работе «12» 10 2022 ж. Келетін мерзімі 29.12.22 Дата прибытия Қолы подпись
«Индер аудандық орталық аурухана» коммуналдық мемлекеттік қазыналық кәсіпорны		

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)
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау Министрлігі		Допускается к работе «13» 10 2023
«Индер аудандық орталық аурухана» коммуналдық мемлекеттік қазыналық кәсіпорны		Келетін мерзімі Дата прибытия 06.04.23 Қолы подпись
		Допускается к работе «13» 04 2023
		13.10.23

1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

М.О.
М.П.

1. Тегі
Фамилия Ажсебаева

2. Аты
Имя Гаухар

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

4. [redacted] № 76 06 17 401335
сериясы/серия нөмірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

СЕРИЯСЫ
СЕРИЯ АЖ № 538036

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

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия Музыка жетекшісі

2. Лауазымы
Должность Музыкант

3. Жұмыс орны
Место работы «Бозтолдақ» бөбекжай бақшасы

4. Туған жері, айы, күні
Дата рождения 17.06.1976

5. Мекен-жайы
Место жительства с. Сетпай

12. ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ХАЛЫҚТЫҢ САНИТАРИЯЛЫҚ-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ САЛАУАТТЫЛЫҒЫ САЛАСЫНДАҒЫ НОРМАТИВТІК ҚҰҚЫҚТЫҚ АКТІЛЕРДІ ЖӘНЕ ГИГИЕНАЛЫҚ НОРМАТИВТЕРДІ БІЛУІН АТТЕСТАТТАУ ТУРАЛЫ БЕЛГІ

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

Күні Дата	Аттестаттау туралы белгі Отметка об аттестации	Оқыту мен аттестаттауды өткізген ұйым басшысының Т.А.Ә., қолы, мөр Ф.И.О., подпись руководителя организации, проводившего обучение и аттестацию, печать

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 Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать
		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау Министрлігі «Индер аудандық орталық аурухана» коммуналық мемлекеттік қазыналық кәсіпорны Жұмысқа жіберілді Допускается к работе 29. 11. 20 22 ж. Келетін мерзімі Дата прибытия 8.04.23 Қолы подпись Юсаф
		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау Министрлігі «Индер аудандық орталық аурухана» коммуналық мемлекеттік қазыналық кәсіпорны Жұмысқа жіберілді Допускается к работе 04. 04 20 23 Келетін мерзімі Дата прибытия 04.10.23 Қолы подпись Бегурр