

1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ  
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

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



М.О.  
М.П.

**Дайрабаева**  
**Жазира**  
**Абубекрованы**

1. Teri  
Фамилия

2. Аты  
Имя

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

4. №  
сериясы/серия № нөмірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы  
Личная подпись владельца

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы  
Серия личной медицинской книжки

СЕРИЯСЫ  
СЕРИЯ № **508240**

1. Негізгі мамандығы  
Основная профессия **сестра медико**

2. Лауазымы  
Должность **учитель**

3. Жұмыс орны  
Место работы **СМ №9**

4. Туған жері, айы, күні  
Дата рождения **24.08.93**

5. Мекен-жайы  
Место жительства **6-45-81**

2

3

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

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ  
ДОПУСК К РАБОТЕ

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

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат Допуск к работе	Денсаулық сақтау субъектілерінің жауапты мамандықпен Т.А.Ә., қолы, мөр Ф.И.О., нашіне, ответственного специальность субъектом здравоохранения, печать
--------------	--	--

Күні Дата	Аттестытау туралы белгі Отметка об аттестации	Ойыну мен аттеститация өткізген ұйым басшылығына Т.А.Ә., қолы, мөр Ф.И.О., нашіне, руководителя организации, проводившего обучение и аттестацию, печать
--------------	--	---

**ЖҰМЫС ОРАНЫ**  
**16-шілде** **23**  
**ТООХЛИМФА СИ**  
**ЖҰМЫСҚА ЖІБЕРІЛДІ**  
догод  
КОЛЫ

22

23