



ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ
I. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ

1. Тегі
Фамилия Мамыраулы

2. Аты
Имя Нұрбол

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

4. №
сериясы/серия номері/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца Мамыраулы

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

№
AA 401391

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

1. Негізгі мамандығы дене шынықтыру пәнінің мұғалімі
Основная профессия

2. Лаяузымы мұғалім
Должность

3. Жұмыс орны №39, Қозғолызов
Место работы орта мектебі

4. Туған жері, айы, күні 17.12.1992
Дата рождения

5. Мекен-жайы Қозғолызов
Место жительства қаласы, Қараөзек
ауылы, Жабағиев м/о

3. ИНФЕКЦИЯЛЫК АУРУУЛАРМЕН БУРЫН
АУЫРГАНДЫГЫ ТУРАЛЫ ДЕРЕКТЕР
ДАННЫЕ О ПЕРЕНЕСЕННЫХ
ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

1. Бұрын ауырған инфекциялык аурулар
Рансе перенесенные инфекционные заболевания

4

4. ДӘРІГЕРІНК ТЕКСЕРІП-КАРАЗ
НӘТИЖЕСІ, ТЕРАПЕВТ
РЕЗУЛЬТАТ ВРАЧЕБНОГО ОСМОТРА,
ТЕРАПЕВТ

Күні Дата	Дәрігердің жорытылысы Заключение врача	Дәрігердің Т.А.Ә., қолы және медициналық тексеріп-караз жүргізген ұйымның мөрі (бар болса) Ф.И.О., позвонь, и печать организации (при наличии), проводящей медицинский осмотр
24.08.21	Б. Жүзөбаев Б.Д.	
18.08.22	Д.С. Сауық	
21.07.2023	Д/С. Сауық	

5

5. ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ТӨКСЕРҮ НӘТИЖЕСІ РЕЗУЛЬТАТ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ТУБЕРКУЛЕЗ

Күні Дата	Зертханалық зерттеулер және медициналық тексеріс-қарау нәтижесі бойынша дәрігердің қорытындысы Заключение врача по результатам лабораторных исследований и медицинского осмотра	Медициналық тексеріс-қарау дәрігерінің Т.А.Ә., қолы және мөрі (бар болса) Ф.И.О., подпись и печать врача (при наличии), проводящего медицинский осмотр
	25 км А с В Д О Ир. Османова	
	09.08.2024 19 км Ир. Османова ене	
	07.08.23 с 12953 км Вр. Османова с.н.	

5. ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ТЕКСЕРУ НӨТИЖЕСІ
РЕЗУЛЬТАТ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ТУБЕРКУЛЕЗ

[illegible]

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге ріксат « » жылы күні айы Донусе к работе « » лпта мески год	Денсаулық сақтау субъектілерінде жауапты маманының Т.А.Ә., қолы, мөр (бар болса) Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать (при наличии)
27.08.2024		
25.08.2024		
18.08.2024		
09.08.2024		
21.08.2024		
04.08.2024		

13. ЖҰМЫС ІСТЕУТЕ РҰҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ.

[illegible]