



1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

М.О.
М.П.

1. Тегі
Фамилия

Байказарова

2. Аты
Имя

Раиса

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

Аманжолдиевна

4. 
сериясы/сери

5. Кітапша иесінің жеке ...оль.
Личная подпись владельца

Рейс -

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

СЕРИЯСЫ
СЕРИЯ

АЖ

№

1301642

2

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

1. Негізгі мамандығы Стоматолог-ортопед
Основная профессия

2. Лауазымы
Должность

мұғалім баст.

3. Жұмыс орны
Место работы

М. Әуезов жолл

4. Туған жері, айы, күні
Дата рождения

13.07.1974 ж.

5. Мекен-жайы
Место жительства

с. Жаңа-базар
Суан-баба №49

3

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
--------------	---	--

МЦ «Профилактика»

г.Шымкент, ул.Ташкенов, 101/3, тел 539387

Гигиеническое обучение по программе: № _____

прошел и аттестован

29.08.2013

Гигиенист-эпидемиолог *Солтасбеков И*

(Ф.И.О., должность)

Күні Дата	Жұмыс істеуге руқсат « » жылы күні аты Дөңгелек к работе	Денсаулық сақтау субъектілерінің жауапты маманының Т.А.Ә. Қолы, мөр
Мүд. Дата мөрі (б.)	Мүд. Дата мөрі (б.)	Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъект здравоохранения, печать