



1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ  
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

М.О.  
М.П.

1. Тегі Сыдырбеков  
Фамилия

2. Аты Ирина  
Имя

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

4. уд. лиз. № 044624742  
Сериясы/серия нөмірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы  
Личная подпись владельца [Signature]

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы  
Серия личной медицинской книжки  
AA № 461977

2

• жеке медициналық кітапша • личная медицинская книжка •

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

1. Негізгі мамандығы учитель биологии  
Основная профессия

2. Лауазымы учитель биологии  
Должность

3. Жұмыс орны КТУ, 001102  
Место работы п. Армагос

4. Туған жері, айы, күні 13.12.1973  
Дата рождения

5. Мекен-жайы Ақмола облысы  
Место жительства Армагосский р-он  
п. Армагос

ул. Митченко д. 20  
моб. 8778 999 6457

3

• жеке медициналық кітапша • личная медицинская книжка •



|              |                                                 |                                                                                                     |
|--------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
|              | Жұмыс істеуге<br>руқсат                         | Денсаулық сақтау субъектілерінің<br>жауапты маманының Т.А.Ә.,<br>қолы, мөр (бар болса)              |
| Күні<br>Дата | «        »<br>жылғы күні айна<br>Долуп к работе | Ф.И.О., подпись ответственного<br>специалиста субъектов<br>здравоохранения, печать<br>(при наличии) |
|              | «        »<br>дата мессы год                    |                                                                                                     |

|              |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                   |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Күні<br>Дата | Жұмыс істеуге<br>руқсат<br>«    »<br>жылы күні аяғы<br>Допуск к работе<br>«    »<br>дата месяц год | Денсаулық сақтау субъектілерінің<br>жауапты маманының Т.А.Ә.,<br>қолы, мөр (бар болса)<br><br>Ф.И.О., подпись ответственного<br>специалиста субъектов<br>здравоохранения, печать<br>(при наличии) |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|