

1. \_\_\_\_\_  
(найменування суб'єкта господарювання)



Серія 2ААБ № 000000

2. Протипоказання відсутні для виконання обов'язків

\_\_\_\_\_ (назва професії)

\_\_\_\_\_ (характер виконуваних робіт)

3. Дата наступного медичного огляду « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ року.

4. Найменування закладу охорони здоров'я, який проводив медичний огляд \_\_\_\_\_

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я

**МЕДИЧНА  
ДОКУМЕНТАЦІЯ**

Форма первинної  
облікової документації

**№ 1-ОМК**

**ЗАТВЕРДЖЕНО**

Наказ МОЗ України  
21.02.2013 р. №150

Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма

Код за ЄДРПОУ

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

**ОСОБИСТА  
МЕДИЧНА КНИЖКА**

5. Дата проведення медичного огляду « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ року.

М.П.  
Керівник закладу  
охорони здоров'я

\_\_\_\_\_ (підпис)

\_\_\_\_\_ (П.І.Б.)

ДП КОФ. Зам. 1564 2018 р. III кв.

Місце для  
фотографії  
3 x 4 см



Прізвище \_\_\_\_\_

Ім'я \_\_\_\_\_

По батькові \_\_\_\_\_