

1. _____
(найменування суб'єкта господарювання)

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 _____

5. Дата проведення
медичного огляду « _____ » _____ року.

М.П.
Керівник закладу
охорони здоров'я _____
(підпис) (П.І.Б.)

1. _____
(найменування суб'єкта господарювання)

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 _____

5. Дата проведення
медичного огляду « _____ » _____ року.

М.П.
Керівник закладу
охорони здоров'я _____
(підпис) (П.І.Б.)