



1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ  
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

М.О.  
М.П.

1. Тегі  
Фамилия

*Магдакова*

2. Аты  
Имя

*Гүлнұсра*

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

*Тілімбетовна*

4.

сериясы/серия

№

нөмірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы  
Личная подпись владельца

ЛИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ  
КНИЖКА

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы  
Серия личной медицинской книжки

№

*530618*

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

1. Негізгі мамандығы  
Основная профессия

*Мектепке дейінгі  
тәрбие және оқыту*

2. Лауазымы  
Должность

*Воспитатель*

3. Жұмыс орны  
Место работы

*Балалар бақпасы*

4. Туган жылы, айы, күні  
Дата рождения

*8.02.1985*

5. Мекен-жайы  
Место жительства

*Бұданкөп 60*

*850808450707*

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ  
ДОПУСК К РАБОТЕ

| Күні<br>Дата | Жұмыс істеуге рұқсат | Денсаулық сақтау<br>subjekтілерінің жауапты<br>маманының Т.А.Ә. қолы, мор<br>(бар болса)<br>Ф.И.О., подпись ответственного<br>специалиста субъектов<br>здравоохранения, печать<br>(при наличии) |
|--------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|              | жылы, күні, айы      |                                                                                                                                                                                                 |
|              | Допуск к работе      |                                                                                                                                                                                                 |
|              | дата, месяц, год     |                                                                                                                                                                                                 |
| 01.11.24     |                      |                                                                                                                                                                                                 |
| 25.07.25     |                      |                                                                                                                                                                                                 |
| 2/IX-25      |                      |                                                                                                                                                                                                 |
| 16/IX-26     |                      |                                                                                                                                                                                                 |
| 11/X-26      |                      |                                                                                                                                                                                                 |
|              |                      |                                                                                                                                                                                                 |
|              |                      |                                                                                                                                                                                                 |
|              |                      |                                                                                                                                                                                                 |
|              |                      |                                                                                                                                                                                                 |
|              |                      |                                                                                                                                                                                                 |
|              |                      |                                                                                                                                                                                                 |

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ  
ДОПУСК К РАБОТЕ

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