

(առողջության առաջնային պահպանման բուժհաստատության անվանումը)

Տ Ե Ղ Ե Կ Ա Ն Ք

ՀՀ ՀԱՏՈՒԿ ՔՆՆՉԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅԱՆ ԾԱՌԱՅՈՂԻ ՊԱՇՏՈՆՈՒՄ ՆՇԱՆԱԿՄԱՆԸ ԽՈՂԸՆԴՈՏՈՂ ՖԻԶԻԿԱԿԱՆ ԱՐԱՏՆԵՐԻ ԵՎ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱՌԿԱՅՈՒԹՅԱՆ ԿԱՄ ԲԱՑԱԿԱՅՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍԻՆ

1. Տրվում է քաղաքացի _____

(անունը, ազգանունը, հայրանունը, ծննդյան ամիսը, ամսաթիվը, տարեթիվը)

2. Հաշվառման վայրը _____

3. Բնակության վայրը _____

4. Կատարված հետազոտությունները (թվարկել) և դրանց արդյունքները

5. Տվյալ պաշտոնում նշանակմանը խոչընդոտող ֆիզիկական արատի կամ հիվանդության առկայության կամ բացակայության վերաբերյալ բժշկական եզրակացությունը

Բժիշկ _____

ստորագրություն

(անուն, ազգանուն, հայրանուն)

Բուժհաստատության
Տնօրեն

ստորագրություն

(անուն, ազգանուն, հայրանուն)