13. Жұмыс істеуге рұқсат
допуск к работе

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат _____«___»_____ жылы күні айы Допуск к работе «___»_____ *дата месяц год*	Денсаулық сақтау субъектілерінің жауапты маманының Т.А.Ә., қолы, мөрі Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать
№1978		
25.08.2022		
24.08.2023		
Годна вр		