**Сведения о медицинском осмотре студента 5\_\_\_\_ группы Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **«Помощник врача детской поликлиники»**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Ф.И.О. | RW дата заключение | ВИЧ дата заключение | Гепатит В дата заключение | Флюорография дата заключение | Терапевт дата заключение | Вакцинация от ковид серия дата проведения (последняя) | Вакцинация от кори серия дата проведения (двукратная) |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Подлинность предоставленных данных подтверждаю**

Студент Ф.И.О. (полностью написать )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата\_\_\_\_\_\_\_\_

номер телефона\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Информацию о медицинском осмотре направлять на почту- nikiforov\_n1@mail.ru