|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** **п/п** | **Дата** | **Фамилия, Имя, Отчество** | **Профессия** | Отметка об отсутствии  у работника и в его семье ОКЗ | Отметка об отсутствии у работника ангины и гнойничковых заболеваний кожи | Контроль за больнич-ными листами, в т.ч. по уходу | Допуск |
| Подпись мед. сестры | Подпись работника |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**РЕСПУБЛИКА ДАГЕСТАН**

**Муниципальное казенное общеобразовательное учреждение**

**«Средняя общеобразовательная школа № 7 города Буйнакска»**

# ЖУРНАЛ

# «ЗДОРОВЬЕ»

****

**Директор Нурутдинова С.М.**