|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№**  **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.**