

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

(наименование медицинской организации)

(адрес)

Код ОГРН

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО (ПЕРИОДИЧЕСКОГО) МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА (ОБСЛЕДОВАНИЯ)

1. Ф.И.О. _____
2. Место работы: _____
- 2.1. Организация (предприятие) ГБПОУ РС (Я) «Нерюнгринский медицинский колледж»
- 2.2. Цех, участок _____
3. Профессия (должность) (в настоящее время) студент
Вредный производственный фактор или вид работы Прил. 1, п. 27
4. Согласно результатам проведенного предварительного медицинского осмотра (обследования): не имеет/имеет медицинские противопоказания к работе с вредными и/или опасными веществами и производственными факторами, заключение не дано (нужное подчеркнуть)

Председатель врачебной комиссии _____ (_____)
(подпись) (Ф.И.О.)

М.П. «____» _____ 20__ г.

(подпись освидетельствуемого работника) (Ф.И.О.) «__» _____ 20__ г.