

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, мөр (бар болса) Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать (при наличии)
16.09.22	ЖЕЗҚАЛА АУДАНЫ ҚАУРУЖАНЫ 2022 ж. 05.09	[Stamp: ЖЕЗҚАЛА АУДАНЫ ҚАУРУЖАНЫ]
12.09/13.09.22	[Stamp: ЖЕЗҚАЛА АУДАНЫ ҚАУРУЖАНЫ]	[Stamp: ЖЕЗҚАЛА АУДАНЫ ҚАУРУЖАНЫ]
13.09.22	[Stamp: ЖЕЗҚАЛА АУДАНЫ ҚАУРУЖАНЫ]	[Stamp: ЖЕЗҚАЛА АУДАНЫ ҚАУРУЖАНЫ]
[Blank]	[Blank]	[Stamp: ЖЕЗҚАЛА АУДАНЫ ҚАУРУЖАНЫ]
[Blank]	[Blank]	[Stamp: ЖЕЗҚАЛА АУДАНЫ ҚАУРУЖАНЫ]
[Blank]	[Blank]	[Stamp: ЖЕЗҚАЛА АУДАНЫ ҚАУРУЖАНЫ]