

Наименование организации _____

Форма 1 здр/у-10

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА
о состоянии здоровья

Дана _____
(фамилия, собственное имя, отчество)

Дата рождения _____
(число, месяц, год)

Пол: мужской/женский (подчеркнуть)

Место жительства _____

Цель выдачи справки _____

Перенесенные заболевания (иные анамнестические сведения) _____

Дополнительные медицинские сведения (результаты медицинских осмотров, обследований, сведения о прививках и прочее) _____

Заключение _____

Рекомендации _____

Дата выдачи справки _____

Срок действия справки _____

Врач _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Руководитель организации
(заведующий структурным подразделением,
председатель комиссии) _____
М.П. (подпись) (инициалы, фамилия)