

Код форми за ЗКУД | | | | | | | | | |
Код закладу за ЗКПО | | | | | | | | | |

Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
Найменування закладу		
ФОРМА N 084/0 Затверджена наказом МОЗ України 27.12.99.р № 302		
ЛІКАРСЬКИЙ ВИСНОВОК про переведення вагітної на іншу роботу		
Прізвище, ім'я та по батькові вагітної _____ _____		
Місце роботи і посада _____ _____		
Вагітність _____ тижнів _____		
Підстава для переводу _____ _____ _____		
Рекомендована робота _____ _____		
Прізвище, ім'я та по батькові лікаря _____ _____ Підпис _____		
Дата видачі " ____ " _____ р.		
Перевод здійснений _____ _____ _____		
Посада керівника _____ _____ _____		
Підпис _____ Дата видачі " ____ " _____ р.		
УЗГОДЖЕНО Голова профкому Підпис _____		