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

Міністерство охорони здоров'я України Найменування закладу		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ **ФОРМА N** |0|8|7|/|о| Затверджена наказом МОЗ України |2|7.|1|2.|9|9|р.| N |3|0|2|

КНИГА
запису роботи юрисконсульта закладу охорони здоров'я

за _____ ____ р.

N п/п	Звернення первинне, повторне	Прізвище, ім'я, по батькові	Вік	Адреса і місце роботи	Сімейний стан	Має дітей
1	2	3	4	5	6	7

Причина звернення	Вид наданої допомоги	Дата підготовки матеріалу щодо порушення справи	Результати розгляду	Примітка
8	9	10	11	12