

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА
(ПО МЕСТУ ТРЕБОВАНИЯ)

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Год рождения _____

Место работы _____

Должность _____

Проходил(ла) медицинский осмотр в поликлинике _____

(Название и адрес)

При осмотре установлено _____

« ____ » _____ 20 ____ г.

Врач _____

(Ф.И.О.)

(Подпись)

М.П.