

**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.