

№ п/п	Дата	Фамилия, Имя, Отчество	Профессия	Отметка об отсутствии у работника и в его семье ОКЗ	Отметка об отсутствии у работника ангины и гнойничковых заболеваний кожи	Контроль за больнич- ными листами, в т.ч. по уходу	Допуск	
							Подпись мед. сестры	Подпись работника
1	2	3	4	5	6	7	8	9

# ЖУРНАЛ

## «ЗДОРОВЬЕ»

Государственное казенное общеобразовательное  
учреждение Республики Дагестан "Теречная  
основная общеобразовательная школа  
Тляратинского района"  
*наименование организации*

НАЧАТ « 02 » сентября 2020 г.

ОКОНЧЕН « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.