

1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

М.О.
М.П.

1. Тегі
Фамилия Онласбекқызы

2. Аты
Имя Фариза

3. Әкесінің аты (бар болса)
Отчество (при наличии)

4. [ ] сериясы/серия № [ ] нөмірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки
АА № 3183820

2. ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПШАНЫҢ ИЕСІ ТУРАЛЫ МӘЛІМЕТТЕР
СВЕДЕНИЯ О ВЛАДЕЛЬЦЕ ЛИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КНИЖКИ

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия "Мектепке дейінгі оқыту және тәрбиелеу"

2. Лауазымы
Должность Мейірбике

3. Жұмыс орны
Место работы "Рабия" бөбекжай бақшасы

4. Туған жері, айы, күні
Дата рождения 21.06.2000 ж.

5. Мекен-жайы
Место жительства Түркістан обл.

Түркістан қаласы,
А. Тоқмағамбетов 25

Scanned with CamScanner

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат «__» _____ жылы күні айы Допуск к работе «__» _____ күн айы жыл	Денсаулық сақтау субъектілерінің жауапты маманының Т.А.Ә., қолы, мөр (бар болса) Ф.И.О. ответственного специалиста субъектов здравоохранения, подпись, печать (при наличии)

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат «__» _____ жылы күні айы Допуск к работе «__» _____ күн айы жыл	Денсаулық сақтау субъектілерінің жауапты маманының Т.А.Ә., қолы, мөр (бар болса) Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать (при наличии)

Scanned with CamScanner

1. Паспорт деректері
ртные данные



М.О.
М.П.

1) Тегі
Фамилия Тажмагметова

2) Аты
Имя Хаверь

3) Өкесінің аты
Отчество Ермековна

4) 048696735 № 660222401236
сериясы/серия нөмірі/номер

5) Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца

6) Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

АД № 0043876

2. Жеке медициналық кітапшаның иесі туралы мәліметтер
Сведения о владельце личной медицинской книжки

1) Негізгі мамандығы
Основная профессия медбрат

2) Лауазымы
Должность терапевт

3) Жұмыс орны
Место работы "Medela kids"

4) Туған жылы, айы, күні
Дата рождения 22.02.1966

5) Мекен-жайы
Место жительства Туркестан қаласы

12. Жұмыс істеуге рұқсат
Допуск к работе

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат «____» _____ жылғы күні айы Допуск к работе «____» _____ дата месяц год	Денсаулық сақтау субъектілерінің жауапты маманының Т.А.Ә., қолы, мөр Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать

ЖШС «ПРОФИЛАКТИКА МЕДИЦИНА ОРТАЛЫҒЫ» ЖҰМЫСҚА РҰҚСАТ БЕРІЛДІ

12. Жұмыс істеуге рұқсат
Допуск к работе

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат «____» _____ жылғы күні айы Допуск к работе «____» _____ дата месяц год	Денсаулық сақтау субъектілерінің жауапты маманының Т.А.Ә., қолы, мөр Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать

Scanned with CamScanner



1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

1. Тегі
Фамилия Оразбек

2. Аты
Имя Ерлік

3. Әкесінің аты (бар болса)
Отчество (при наличии)

4. [ ] № 051018651043
сериясы/серия номірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке колы
Личная подпись владельца

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

АА № 5497290

2. ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПШАНЫҢ ИЕСІ ТУРАЛЫ МӘЛІМЕТТЕР
СВЕДЕНИЯ О ВЛАДЕЛЬЦЕ ЛИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КНИЖКИ

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия Бастауыш білім беру педагогикасы

2. Лауазымы
Должность Әдіскер

3. Жұмыс орны
Место работы «Рабиге» б/б

4. Туған жері, айы, күні
Дата рождения 18.10.05 ж

5. Мекен-жайы
Место жительства Нахимова 32

Scanned with CamScanner

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат ____«____»_____ жылы күні айы Допуск к работе «____»_____ дата месяц год	Денсаулық сақтау субъектілерінің жауапты маманының Т.А.Ә., қолы, мөр (бар болса) Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать (при наличии)

ЖШС "ПРОФИЛАКТИКА МЕДИЦИНА ОРТАЛЫҒЫ" ЖҰМЫСҚА РҰҚСАТ БЕРІЛДІ

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат ____«____»_____ жылы күні айы Допуск к работе «____»_____ дата месяц год	Денсаулық сақтау субъектілерінің жауапты маманының Т.А.Ә., қолы, мөр (бар болса) Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать (при наличии)



1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

М.О.
М.П.

1. Тегі
Фамилия Ерікқожаева

2. Аты
Имя Айгөлім

3. Әкесінің аты (бар болса)
Отчество (при наличии)

4. [ ] № 960924400673
сериясы/серия немірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки
АА № 5347082

2. ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПШАНЫҢ ИЕСІ ТУРАЛЫ МӘЛІМЕТТЕР
СВЕДЕНИЯ О ВЛАДЕЛЬЦЕ ЛИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КНИЖКИ

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия педагогика — психология

2. Лауазымы
Должность

3. Жұмыс орны
Место работы Рабия Бобекқызы Талапкерлер

4. Туған жері, айы, күні
Дата рождения 24.09.96 ж

5. Мекен-жайы
Место жительства Д. Омарбек 2.

Scanned with CamScanner

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат «____» _____ жылы күні айы Допуск к работе «____» _____ дата месяц год	Денсаулық сақтау субъектілерінің жауапты маманының Т.А.Ә., қолы, мөр (бар болса) Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать (при наличии)

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат «____» _____ жылы күні айы Допуск к работе «____» _____ дата месяц год	Денсаулық сақтау субъектілерінің жауапты маманының Т.А.Ә., қолы, мөр (бар болса) Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать (при наличии)

Scanned with CamScanner



М.О.
М.П.

1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

1. Тегі
Фамилия Абдуразакова

2. Аты
Имя Умида

3. Әкесінің аты (бар болса)
Отчество (при наличии)
Исламбаза

4. [ ] № 0005260104 7
сериясы/серия номірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца _____

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

АА № 4250323

2. ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПШАНЫҢ ИЕСІ ТУРАЛЫ МӘЛІМЕТТЕР
СВЕДЕНИЯ О ВЛАДЕЛЬЦЕ ЛИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КНИЖКИ

1. Негізгі мамандығы Қазақ тілі мен әдебиеті пәні мұғалімі
Основная профессия

2. Лауазымы Тәрбиешісі
Должность

3. Жұмыс орны „Рабия" бөбек-жай балабақшасы
Место работы

4. Туған жері, айы, күні 26.05.2000
Дата рождения

5. Мекен-жайы Бектолақ ауылы
Место жительства

Scanned with CamScanner

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат «____»_____ жылы күні айы Допуск к работе «____»_____ дата месяц год	Денсаулық сақтау субъектілерінің жауапты маманының Т.А.Ә., қолы, мөр (бар болса) Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать (при наличии)
24 04 2026		
21. 10 2026		

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат «____»_____ жылы күні айы Допуск к работе «____»_____ дата месяц год	Денсаулық сақтау субъектілерінің жауапты маманының Т.А.Ә., қолы, мөр (бар болса) Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать (при наличии)

Scanned with CamScanner



1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

1. Тегі
Фамилия Исакова

2. Аты
Имя Васима

3. Әкесінің аты (бар болса)
Отчество (при наличии) Валиханқызы

4. 039137481 № 910410401172
сериясы/серия номірі/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

СЕРИЯСЫ
СЕРИЯ АЖ № 760907

2. ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПШАНЫҢ ИЕСІ ТУРАЛЫ МӘЛІМЕТТЕР
СВЕДЕНИЯ О ВЛАДЕЛЬЦЕ ЛИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КНИЖКИ

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия Мектепке дейінгі оқыту мен тәрбиелеу

2. Лауазымы
Должность тәрбиеші

3. Жұмыс орны
Место работы Рабия балабақшасы

4. Туған жері, айы, күні
Дата рождения 10.04.1991

5. Мекен-жайы
Место жительства Жантау к-сі 12

Scanned with CamScanner

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат Допуск к работе	Денсаулық сақтау субъектілерінің жауапты шенеуніктерінің Т.А.Ә., қолы, мөр Ф.И.О., подпись ответственного должностного лица субъектов здравоохранения, печать

ЖШС «ПРОФИЛАКТИКА МЕДИЦИНА ОРТАЛЫҒЫ» ЖҰМЫСҚА ҚҰҚСАТ БЕРІЛДІ
13.01.2026

ЖШС «ПРОФИЛАКТИКА МЕДИЦИНА ОРТАЛЫҒЫ» ЖҰМЫСҚА ҚҰҚСАТ БЕРІЛДІ
05.02.2026

Scanned with CamScanner



1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

М.О.
М.П.

1. Тегі
Фамилия Ділмухова

2. Аты
Имя Мафтуна

3. Әкесінің аты (бар болса)
Отчество (при наличии) Мамытроимқызы

4. [ ] № 0308030600486
сериясы/серия номері/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

АА № 5438413

2. ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПШАНЫҢ ИЕСІ ТУРАЛЫ МӘЛІМЕТТЕР
СВЕДЕНИЯ О ВЛАДЕЛЬЦЕ ЛИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КНИЖКИ

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия Парикмахер

2. Лауазымы
Должность

3. Жұмыс орны
Место работы Свой бизнес.

4. Туған жері, айы, күні
Дата рождения

5. Мекен-жайы
Место жительства

Scanned with CamScanner

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат «____» _____ жылы күні айы Допуск к работе «____» _____ дата месяц год	Денсаулық сақтау субъектілерінің жауапты мамандығы Т.А.Ә., қолы, мөр (бар болса) Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать (при наличии)
	22.06.2016	ЖШС "ПРОФИЛАКТИКА" МЕДИЦИНА ОРТАЛЫҒЫ ЖҰМЫСҚА РҰҚСАТ БЕРІЛДІ

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат «____» _____ жылы күні айы Допуск к работе «____» _____ дата месяц год	Денсаулық сақтау субъектілерінің жауапты мамандығы Т.А.Ә., қолы, мөр (бар болса) Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать (при наличии)

Scanned with CamScanner

1. ПАСПОРТ ДЕРЕКТЕРІ
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ



1. Тегі
Фамилия Осипова

2. Аты
Имя Жанылай

3. Әкесінің аты (бар болса)
Отчество (при наличии)
Серікқазы

4. [ ] № 961120100319
сериясы/серия номер/номер

5. Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца

6. Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

АА № 5415099

2. ЖЕКЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КІТАПШАНЫҢ ИЕСІ ТУРАЛЫ МӘЛІМЕТТЕР
СВЕДЕНИЯ О ВЛАДЕЛЬЦЕ ЛИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КНИЖКИ

1. Негізгі мамандығы
Основная профессия мейірбике-ісі

2. Лауазымы
Должность медбике

3. Жұмыс орны
Место работы Рабие Бокежай балабақшасы.

4. Туған жері, айы, күні
Дата рождения 20.11.1996

5. Мекен-жайы
Место жительства Жітіқара N59

Scanned with CamScanner

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат «____» _____ жылы күні айы Допуск к работе «____» _____ дата месяц год	Денсаулық сақтау субъектілерінің жауапты маманының Т.А.Ә., қолы, мөр (бар болса) Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать (при наличии)
22.06.2026		
22.06.2026		

ЖШС "ПРОФИЛАКТИКА МЕДИЦИНАСЫ" ЖҰМЫСКА РҰҚСАТ БЕРІЛДІ

13. ЖҰМЫС ІСТЕУГЕ РҰҚСАТ
ДОПУСК К РАБОТЕ

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат «____» _____ жылы күні айы Допуск к работе «____» _____ дата месяц год	Денсаулық сақтау субъектілерінің жауапты маманының Т.А.Ә., қолы, мөр (бар болса) Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъектов здравоохранения, печать (при наличии)

Scanned with CamScanner

1. Паспорт деректері
Паспортные данные



М.О.
М.П.

1) Тегі
Фамилия Мырзабек

2) Аты
Имя Акмолек

3) Әкесінің аты (бар болса)
Отчество (при наличии) Ерлановна

4) 04691185 № 030618600768
сериясы/серия нөмірі/номер

5) Кітапша иесінің жеке қолы
Личная подпись владельца 030618600768

6) Жеке медициналық кітапшаның сериясы
Серия личной медицинской книжки

АД № 0116293

2. Жеке медициналық кітапшаның иесі туралы мәліметтер
Сведения о владельце личной медицинской книжки

1) Негізгі мамандығы
Основная профессия Тәрбиеші жоғары

2) Лауазымы
Должность Тәрбиеші

3) Жұмыс орны
Место работы "Рабия" бөбекжай балабақшасы

4) Туған жылы, айы, күні 2003.06.18
Дата рождения

5) Мекен-жайы
Место жительства Р. Дастанова № 150.

Scanned with CamScanner

13. Жұмыс істеуге рұқсат
Допуск к работе

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат «____» _____ жылы күні айы Допуск к работе	Денсаулық сақтау субъектілерінің жауапты маманының Т.А.Ә., қолы, мөр Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъекта здравоохранения, печать
	ЖШС "ПРОФИЛАКТИКА" МЕДИЦИНА ОРТАЛЫҒЫ ЖҰМЫСҚА РҰҚСАТ БЕРІЛДІ	
	ЖШС "ПРОФИЛАКТИКА" МЕДИЦИНА ОРТАЛЫҒЫ ЖҰМЫСҚА РҰҚСАТ БЕРІЛДІ	
	ЖШС "ПРОФИЛАКТИКА" МЕДИЦИНА ОРТАЛЫҒЫ ЖҰМЫСҚА РҰҚСАТ БЕРІЛДІ	

13. Жұмыс істеуге рұқсат
Допуск к работе

Күні Дата	Жұмыс істеуге рұқсат «____» _____ жылы күні айы Допуск к работе «____» _____ дата месяц год	Денсаулық сақтау субъектілерінің жауапты маманының Т.А.Ә., қолы, мөр Ф.И.О., подпись ответственного специалиста субъекта здравоохранения, печать
09.07.2025	ЖШС "ПРОФИЛАКТИКА" МЕДИЦИНА ОРТАЛЫҒЫ ЖҰМЫСҚА РҰҚСАТ БЕРІЛДІ	
2.	ЖШС "ПРОФИЛАКТИКА" МЕДИЦИНА ОРТАЛЫҒЫ ЖҰМЫСҚА РҰҚСАТ БЕРІЛДІ	

Scanned with CamScanner