Приложение №27

«Гигиенический журнал»

№ п/п	Дата	Ф. И. О. работника (последнее при наличии)	Должность	Подпись сотрудника об отсутствии признаков инфекционных заболеваний у сотрудника и членов семьи -	Подпись сотрудника об отсутствии заболеваний верхних дыхательных. путей и гнойничковых заболеваний кожи рук и открытых поверхностей тела	Результат осмотра медицинским работником (ответственным лицом) *(допущен/ отстранен)*	Подпись медицинского работника (ответствен-ного лица)
1.							
2.							
3.							