формат А – 4

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | **МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ** |
| Форма первичной учетной документации |
|  | **№ 122-3/у** |
| Наименование и местоположение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где оформляется форма | **УТВЕРЖДЕНО**Приказ Министерства Здравоохранения |
|  | Донецкой Народной Республики |
| Идентификационный код |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | № |  |  |
|  |  |

**Журнал**

регистрации проведения обязательных предварительных и периодических психиатрических освидетельствований и выданных Медицинских справок о прохождении обязательных предварительного и периодического психиатрических освидетельствований

Начат "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. Закончен "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Дата выдачи | Серия и номер  | Кому выдана (Ф.и.о). | Адрес регистрации | Подпись лица которое выдало справки | Подпись лица которое получило справки |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |