Приложение№ 27
«Гигиенический журнал»

N 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	Результатосмотра медицинским работником (ответственным лицом) (допущен/отстранен)	Подпись медицинского работника (ответственного лица)
1.							
2.							