

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дано гр. _____ г.р.

Домашний адрес: _____

В том, что он (она) был (а) на приёме у фельдшера: _____

Нуждается в средстве (ах) реабилитации _____

Сроком на _____ месяцев (дней)

Фельдшер _____ Дата _____

Подпись _____

М.П.

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дано гр. _____ г.р.

Домашний адрес: _____

В том, что он (она) был (а) на приёме у врача с DS: _____

Нуждается в средстве (ах) реабилитации _____

Сроком на _____ месяцев (дней)

Врач _____ Дата _____

Подпись _____

М.П.

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дано гр. _____ г.р.

Домашний адрес: _____

В том, что он (она) был (а) на приёме у врача с DS: _____

Нуждается в средстве (ах) реабилитации _____

Сроком на _____ месяцев (дней)

Врач _____ Дата _____

Подпись _____

М.П.