

Приложение № 1
к приказу департамента
здравоохранения
от 02.11.2005 г. № 493

Штамп учреждения здравоохранения	
от _____	№ _____

СПРАВКА

Дана _____,
(Ф.И.О.)

проживающей: _____
(место регистрации)

в том, что она находится на учете в _____
(наименование структурного подразделения

учреждения здравоохранения)

по поводу беременности.

Срок беременности - _____.

Нуждается в обеспечении полноценным питанием.

Ф.И.О. врача акушера-гинеколога
(фельдшера – на селе)

(подпись)

Печать учреждения
здравоохранения