

Приложение 1
к Положению об областной
аттестационной комиссии

ФОРМА

ЖУРНАЛ
регистрации аттестационных документов на врачей,
подлежащих аттестации в областной аттестационной комиссии

№	Фамилия, имя, отчество (если такое имеется) аттестуемого	Наименование организации, в которой работает аттестуемый, должность	Дата поступления аттестационных документов	Заявленная к присвоению (подтверждению) категория (вторая, первая)	Наименование квалификации, соответствующей занимаемой должности
1	2	3	4	5	6

ЖУРНАЛ
регистрации аттестационных документов
на средних медицинских работников,
подлежащих аттестации в областной аттестационной комиссии

№	Фамилия, имя, отчество (если такое имеется) аттестуемого	Наименование организации, в которой работает аттестуемый, должность	Дата поступления аттестационных документов	Заявленная к присвоению (подтверждению) категория (вторая, первая, высшая)	Наименование квалификации, соответствующей занимаемой должности
1	2	3	4	5	6