

**ВИРЖИНИАГИЙН ХАМТЫН НӨХӨРЛӨЛ  
СУРГУУЛЬД ЭЛСЭХЭД ЗОРИУЛСАН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН МАЯГТ  
Эрүүл мэндийн мэдээллийн маягт/Биеийн цогц үзлэгийн тайлан/Дархлаажуулалтын гэрчилгээ**

**Хэсэг I – ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН МЭДЭЭЛЛИЙН МАЯГТ**

Мужийн хуулиар (Виржиниа мужийн жишиг хуулийн § 22.1-270) таны хүүхдийг улсын цэцэрлэг эсвэл бага сургуульд орохын өмнө дархлаажуулалтад хамрагдаж, биеийн ерөнхий үзлэгт хамрагдсан байхыг шаарддаг. **Маягтыг энэ хуудсыг (Хэсэг I) эцэг эх, асран хамгаалагч бөглөх шаардлагатай.** Эмнэлгийн үйлчилгээ үзүүлэгч маягтын II ба III хэсгийг бөглөнө. Энэ маягтыг сургуульд орохоос нэг жилээс хоцруулалгүй бөглөсөн байх ёстой.

Сургуулийн нэр: \_\_\_\_\_ Одоогийн анги: \_\_\_\_\_

Сурагчийн нэр: \_\_\_\_\_

Овог

Нэр

Дунд нэр

Сурагчийн төрсөн огноо: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Хүйс: \_\_\_\_ Төрсөн улс ба муж: \_\_\_\_\_ Ярьдаг үндсэн хэл: \_\_\_\_\_

Сурагчийн хаяг \_\_\_\_\_ Хот \_\_\_\_\_ Муж \_\_\_\_\_ Зип код \_\_\_\_\_

Эцэг эх, асран хамгаалагч 1-ийн нэр: \_\_\_\_\_ Утас: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Ажлын эсвэл гар утас: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Эцэг эх, асран хамгаалагч 2-ийн нэр: \_\_\_\_\_ Утас: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Ажлын эсвэл гар утас: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Яаралтай холбоо барих хүн:** \_\_\_\_\_ Утас: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Ажлын эсвэл гар утас: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Илүүд үздэг эмнэлэг: \_\_\_\_\_

Хүүхдийн э.м.даатгал: Алга  FAMIS Плас (Medicaid)  FAMIS  Хувийн/Арилжааны/ Ажил олгогч ивээн тэтгэсэн

Нүд 1. Өмнө байсан нөхцөл					
Нөхцөл	Тийм	Тайлбар	Нөхцөл	Тийм	Тайлбар
Харшил (хоол хүнс, шавьж, эм, латекс)			Чихрийн шижин: 1-р хэлбэр		
<b>Аминд аюултай харшлыг жагсаана уу:</b>			Чихрийн шижин: 2-р хэлбэр		
			Инсулины шахуурга		
Харшил (улирлын)			Толгойн гэмтэл, доргилт		
Астма эсвэл амьсгалын замын эмгэг			Сонсголын нөхцөл, дүлийрэх		
Анхаарал хомсдол/гиперактив эмгэг			Зүрхтэй холбоотой нөхцөл		
Зан төлөв/сэтгэл зүй/ Нийгмийн нөхцөл			Хар тугалганы хордлого		
Хөгжилтэй холбоотой нөхцөл			Булчинтай холбоотой нөхцөл		
Давсагтай холбоотой нөхцөл			Таталт		
Цус алдахтай холбоотой нөхцөл			Хадуур эсийн өвчин (шинж биш)		
Хоол боловсруулах эрхтэнтэй холбоотой нөхцөл			Хэл яриатай холбоотой нөхцөл		
Тархины саажилт			Нурууны гэмтэл		
Цистик фиброз			Мэс засал		
Шүдний эрүүл мэндтэй холбоотой нөхцөл			Хараатай холбоотой нөхцөл		

Хүүхдийнхээ эрүүл мэндтэй холбоотой чухал мэдээллийг тайлбарлана уу: ( Хооллох хоолой  Трах  Хүчилтөрөгчийн дэмжлэг  Сонсголын төхөөрөмж  Шүдний төхөөрөмж  Тэргэнцэр, эмнэлэгт хэвтэх гэх мэт.):

Нүд 2. Эм			
Хүүхдийнхээ байнга хэрэглэдэг жороор олгодог, яаралтай тусламжийн, жоргүй олгодог, ургамлын гаралтай эмүүдийг жагсаана уу (Гэр/ Сургууль):			
Эмийн нэр	Тун	Өгсөн цаг ( Гэр/Сургууль)	Тэмдэглэл
1.			
2.			
3.			
4.			
Нэмэлт эм (Нэр, тун, Өгсөн цаг, Тэмдэглэл) _____			

Сургуулийн сувилагч, бусад сургуулийн удирдлагуудтай нууц мэдээллийг хэлэлцэх бол энд чагтална уу.  Тийм  Үгүй Дараах мэдээллийг өгнө үү:

Төрөл	Нэр	Утас	Сүүлийн уулзалтын огноо
Хүүхдийн эмч/үндсэн үйлчилгээ үзүүлэгч			
Мэргэжлийн эмч			
Шүдний эмч			
Кейсийн ажилтан (хэрэв хамаарах бол)			

**Би хүүхдийнхээ эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэгч болон сургуулийн орчинд тогтоосон эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэгчдээ миний хүүхдийн эрүүл мэндийн асуудлын талаар ярилцах эсвэл энэ маягттай холбоотой мэдээлэл солилцохыг (зөвшөөрч) (зөвшөөрөхгүй) байна. Энэ зөвшөөрөл таныг цуцлах хүртэл хүчинтэй байх болно. Та хүссэн үедээ хүүхдийнхээ сургуультай холбогдож зөвшөөрлөө цуцалж болно. Таны хүүхдийн бүртгэлээс мэдээлэл гарах үед тодруулгын баримт бичгийг таны хүүхдийн эрүүл мэнд эсвэл боловсролын бүртгэлд хадаглана.**

Эцэг эх, хууль ёсны асран хамгаалагчийн гарын үсэг: \_\_\_\_\_ Огноо: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Орчуулагчийн гарын үсэг: \_\_\_\_\_ Огноо: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**ВИРЖИНИАГИЙН ХАМТЫН НӨХӨРЛӨЛ**  
**СУРГУУЛЬД ЭЛСЭХ ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН МАЯГТ**  
**Хэсэг II – Дархлаажуулалтын гэрчилгээ**

Сурагчийн дархлаажуулалтын бүртгэлийг ЭМТ-ийн гарын үсэг бүхий тусдаа маягтыг ашиглан хавсаргасан эсэхийг шалгана уу



**I дэд хэсэг**

**Нөхцөлтэй элсэлт болон чөлөөлөлтийг II дэд хэсгээс үзнэ үү**

Эмч, томилогдсон хүн, бүртгэлтэй сувилагч, эрүүл мэндийн газрын албан тушаалтны гарын үсэг зурсан, тамга дарсан дархлаажуулалтын бүртгэлийн хуулбарыг шаардлагатай вакцинуудын сар, өдөр, жилийг багтаасан огноог энэ маягтанд хавсаргасан тохиолдолд хүлээн зөвшөөрнө. Маягтыг зохих хайрцагт Эмнэлгийн үйлчилгээ үзүүлэгч эсвэл Эрүүл мэндийн газрын албан тушаалтан гарын үсэг зурж, огноог тавьсан байх ёстой. Гадаадын вакцины бүртгэлтэй холбоотой тусламж авахын тулд орон нутгийн эрүүл мэндийн газартай холбоо барина уу

Сурагчийн нэр: \_\_\_\_\_ Төрсөн огноо: / / \_\_\_\_\_ Хүйс: \_\_\_\_\_  
 Яс үндэс (Нэмэлт): \_\_\_\_\_ Үндэс угсаа:  Испани  Испани биш

ДАРХЛААЖУУЛАЛТ	ӨГСӨН ВАКЦИНЫ ТУНГ БҮРЭН ХИЙЛГЭСЭН ОГНООГ ТЭМДЭГЛЭНЭ ҮҮ (сар, өдөр, жил)				
Сахуу, татран, хөхүүл ханиадны эсрэг вакцин (DTP, DTaP)	1	2	3	4	5
Сахуу, татран (DT) эсвэл Tdap эсвэл Td вакцин (7 наснаас хойш)	1	2	3	4	5
Tdap вакцины бүүстер	1				
Полиомиелит вакцин (IPV, OPV)	1	2	3	4	5
Хэмофилийн томуу төрлийн b вакцин (Hib conjugate) зөвхөн 60 сараас доош насны хүүхдэд	1	2	3	4	
Ротавирусын вакцин (RV) зөвхөн 8 сараас доош насны хүүхдэд	1	2	3		
Пневмококкийн эсрэг вакцин (PCV conjugate) зөвхөн 60 сараас доош насны хүүхдэд зориулагдсан	1	2	3	4	
Варикелла вакцин	1	2	Салхин цэцэг өвчний огноо ЭСВЭЛ Салхин цэцэг өвчний дархлааны ийлдэс судлалын баталгаа:		
Улаанбурхан, улаанууд, улаанууд өвчний эсрэг вакцин (MMR вакцин)	1	2			
Улаанбурханы вакцин (рубеола)	1	2	Улаанбурхан өвчний дархлааг ийлдэс судлалын баталгаажуулалт:		
Улаанбурхан өвчний эсрэг вакцин <input type="checkbox"/>	1	2	Рубеллагийн дархлааны ийлдэс судлалын баталгаажуулалт:		
Гахайн хавдарын вакцин	1	2	Паротит өвчний дархлааны ийлдэс судлалын баталгаажуулалт:		
Гепатит В вакцин (HBV) <input type="checkbox"/> Насанд хүрэгчдэд зориулсан Меркийн бэлдмэлийг ашигласан	1	2	3	4	
Гепатит А вакцин	1	2			
Менингококкийн эсрэг ACWY вакцин	1	2			
Менингококкийн В вакцин	1	2	3		
Хүний папилломавирусын вакцин (ХПВ)	1	2	3		
Томуу (жил бүр)	1	2	3	4	5
Бусад	1	2	3	4	5
Бусад	1	2	3	4	5

**Дархлаажуулалтын Гэрчилгээ**

Энэ хүүхэд сургуулийн насны хүүхдүүдийг дархлаажуулах журамд заасан сургууль, хүүхэд асрах эсвэл сургуулийн өмнөх боловсролын байгууллагад хамрагдахад тавигдах **ХАМГИЙН БАГА** шаардлагын дагуу **ХАНГАЛТТАЙ БУЮУ НАСАНД ТОХИРСОН БАЙДЛААР ДАРХЛААЖУУЛАГДСАН** болохыг би баталж байна (Лавлагаа Хэсэг III).

Эмнэлгийн үйлчилгээ үзүүлэгч эсвэл Эрүүл мэндийн газрын албан тушаалтны гарын үсэг: \_\_\_\_\_ Огноо (сар, өдөр, жил.): / / \_\_\_\_\_

**Дэд хэсэг II**  
**Болзолт элсэлт ба чөлөөлөгдөх тохиолдол**

Гарын үсэг, огноог оруулахын тулд эмнэлгийн чөлөөлөлт эсвэл нөхцөлт элсэлтийн хэсгийг зохих ёсоор бөглөнө үү.  
Энэ дэд хэсгийг Хэсэг I Эрүүл мэндийн мэдээлэлд хавсаргасан байх ёстой (эцэг эх бөглөж, гарын үсэг зурна).

Сурагчийн нэр: \_\_\_\_\_ Төрсөн огноо: \_\_\_\_\_  
Эцэг эх, хууль ёсны асран хамгаалагчийн нэр: \_\_\_\_\_  
Эцэг эх, хууль ёсны асран хамгаалагчийн нэр: \_\_\_\_\_  
Утасны дугаар: \_\_\_\_\_

**ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН БАЙДЛААР ЧӨЛӨӨЛӨГДӨХ:** *Виржиниа мужийн хуулийн § 22.1-271.2, C (ii)*-д заасны дагуу доор дурдсан вакцинуудыг хэрэглэх нь энэ сурагчийн эрүүл мэндэд сөргөөр нөлөөлнө гэдгийг би баталж байна. Вакцинууд нь эсрэг заалттай байдаг, учир нь (тодорхойлно уу):

DTP/DTaP/Tdap : \_\_\_\_\_; DT/Td: \_\_\_\_\_; OPV/IPV: \_\_\_\_\_; Hib: \_\_\_\_\_; PCV: \_\_\_\_\_; RV: \_\_\_\_\_; Улаан бурхан : \_\_\_\_\_;

Гахайн хавдар: \_\_\_\_\_; Рубелла : \_\_\_\_\_; VAR: \_\_\_\_\_; Мен ACWY: \_\_\_\_\_; Мен B: \_\_\_\_\_; Хеп A: \_\_\_\_\_; HBV: \_\_\_\_\_

Энэ эсрэг заалт байнгын: [ ], эсвэл түр зуурын [ ] шинж чанартай бөгөөд дархлаажуулалтыг дараах хүртэл хориглох төлөвтэй байна. Огноо (Сар, Өдөр, Жил): \_\_\_\_\_.

Эмнэлгийн үйлчилгээ үзүүлэгч, Эрүүл мэндийн албан тушаалтны гарын үсэг: \_\_\_\_\_ Огноо (Mo., Day, Yr.): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**ШАШНЫ ЧАНАРТАЙ ЧӨЛӨӨЛӨЛТ:** *Виржиниа мужийн хууль* нь тухайн сурагч эсвэл эцэг эх/асран хамгаалагч нь дархлаажуулалт сурагчийн шашны үзэл баримтлал, зан үйлтэй зөрчилдөж байна гэж сургуулийн элсэлтийн албан тушаалтанд мэдүүлэг өгсөн тохиолдолд хүүхдэд сургуульд хамрагдахад шаардлагатай дархлаажуулалтаас чөлөөлөгдөхийг зөвшөөрдөг. Сургуульд элсэн орж буй аливаа оюутан энэхүү өргөдлийг ШАШНЫ ЧАНАРТАЙ ЧӨЛӨӨЛӨГДӨХ ГЭРЧИЛГЭЭ (CRE-1 маягт) ирүүлэх ёстой бөгөөд үүнийг аль ч орон нутгийн эрүүл мэндийн газар, сургуулийн хэлтсийн ахлагчийн оффис эсвэл орон нутгийн нийгмийн үйлчилгээний хэлтэсээс авч болно. Лавлагаа *Виржиниа мужийн хууль § 22.1-271.2, C (i)*.

**БОЛЗОЛТ ЭЛСЭЛТ:** Next immunization due on \_\_. *Виржиниа мужийн хуулийн § 22.1-271.2, B*-д заасны дагуу энэ хүүхэд сургуульд явахад нь улсын эрүүл мэндийн зөвлөлөөс шаардлагатай вакцин тус бүрээс дор хаяж нэг тунг хийлгэсэн байх бөгөөд энэ хүүхэд дараагийн хуанлийн 90 хоногт багтаан шаардлагаа биелүүлэх төлөвлөгөөтэй байгааг би баталж байна. Дараагийн дархлаажуулалт хийгдэх хугацаа \_\_\_\_\_

Эмнэлгийн үйлчилгээ үзүүлэгч, Эрүүл мэндийн албан тушаалтны газрын үсэг: \_\_\_\_\_ Огноо (Сар, Өдөр, Жил): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Дэд хэсэг III Шаардлага**

Сургууль, цэцэрлэгт ороход шаардах дархлаажуулалтын хамгийн бага шаардлагыг Дархлаажуулалтын хэлтсийн вэб сайтаас лавлана уу  
<https://www.vdh.virginia.gov/immunization/requirements/>

Өвчний хяналтын төв (CDC), Дархлаажуулалтын зөвлөх хороо (ACIP), Америкийн Хүүхдийн Академи (AAP), Америкийн Өрхийн Эмч нарын Академи (AAFP), өөрөөр хэлбэл ACIP зөвлөмж гэж нэрлэгддэг (Виржиниа муж улсын 2-р код) §6-аас боловсруулж, нийтэлсэн Дархлаажуулалтын хуваарийн дагуу хүүхдүүдийг дархлаажуулалтад хамруулна. (Лавлагаа. *Виржиниа мужийн хууль § 32.1-46(a)*).  
(Шаардлага өөрчлөгдөж болно.)

### Хэсэг III – БИЕИЙН ҮЗЛЭГИЙН ДЭЛГЭРЭНГҮЙ ТАЙЛАН

Мэргэшсэн тусгай зөвшөөрөлтэй эмч, сувилагч, туслах эмч нь III хэсгийг бөглөх ёстой. Шалгалт нь цэцэрлэг эсвэл бага сургуульд орохоос нэг жилийн өмнө хийгдэх ёстой (Виржиниа муж улсын жишиг код § 22.1-270). Энэ маягыг бөглөх зааврыг эндээс авах боломжтой [www.vdh.virginia.gov/school-age-health-and-forms/school-health-forms-and-action-plans/](http://www.vdh.virginia.gov/school-age-health-and-forms/school-health-forms-and-action-plans/)

Сурагчийн нэр: \_\_\_\_\_ Төрсөн огноо: \_\_\_\_\_ Хүйс: Эрэгтэй / Эмэгтэй /

Эрүүл мэндийн үнэлгээ	Үнэлгээний огноо: ____ / ____ / ____ Жин: _____ паунд. Өндөр: ____ фут. ____ инч. Биеийн жингийн индекс (БЖИ): ____ BP _____ <input type="checkbox"/> Нас, хүйст тохирсон түүхийг бөглөсөн <input type="checkbox"/> Урьдчилан таамаглах удирдамж өгсөн	<b>Биеийн үзлэг</b> 1 = Хэвийн      2 = Хэвийн бус      3 = Үнэлгээ эсвэл эмчилгээнд шилжүүлсэн											
		1	2	3	HEENT	1	2	3	Мэдрэл	1	2	3	Арьс
					Уушиг				Дотор				Бэлэг эрхтэн
				Зүрх				Үе мөч				Шээс	
	<b>Сүрьеэгийн үзлэг</b> Хамаарах нүдийг чагтална уу: <input type="checkbox"/> Сүрьеэгийн халдвар авах эрсдэлгүй <input type="checkbox"/> Сүрьеэгийн идэвхтэй өвчний шинж тэмдэггүй <input type="checkbox"/> Сүрьеэгийн халдвар авах эрсдэлтэй												
	Сүрьеэгийн халдварын шинжилгээ: TST IGRA огноо: ____ TST унших ____ мм ____ TST/IGRA Үр дүн: <input type="checkbox"/> Сөрөг <input type="checkbox"/> Эерэг Сүрьеэгийн халдвар эсвэл сүрьеэгийн шинж тэмдэг илэрвэл CXR шаардлагатай. CXR Огноо: ____ <input type="checkbox"/> Хэвийн <input type="checkbox"/> Хэвийн бус												
	<b>Эхлэхийн тулд EPSDT үзлэг хийлгэх шаардлагатай - тодорхой үр дүн, огноог оруулна:</b> Цусан дахь хар тугалга: _____ Hct/Hgb _____												

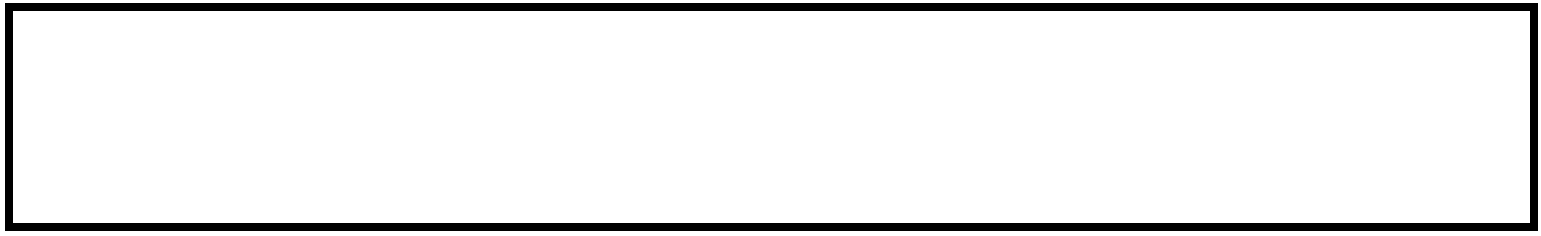
Хөгжлийн үзлэг	Үнэлсэн:	Үнэлгээний арга:	Хэвийн	Тодорхойлсон асуудал:	Үнэлгээнд шилжүүлсэн
	Сэтгэл хөдлөл/нийгэм				
	Асуудал шийдвэрлэх				
	Хэл/Холбоо харилцаа				
Сонголын үзлэг	Жижиг булчингийн чадвар				
	Бүдүүн булчингийн чадвар				
	<input type="checkbox"/> 20 дБ-д үзлэг хийсэн: Тэнцсэн (Т), Шилжүүлсэн (Ш) гэдгийг нүд бүрд зааж өгнө.				
	<input type="checkbox"/> OAE (Отоакустик ялгарал)-д үзлэг хийсэн: <input type="checkbox"/> Тэнцсэн <input type="checkbox"/> Шилжүүлсэн				
	100	200	400		
	Б				
	З				
	<input type="checkbox"/> Аудиологич /ENT-д шилжүүлсэн <input type="checkbox"/> Шинжлэх боломжгүй – дахин үзлэг хэрэгтэй <input type="checkbox"/> Байнгын сонголын алдагдлыг илрүүлсэн: <input type="checkbox"/> Зүүн <input type="checkbox"/> Баруун <input type="checkbox"/> Сонголын аппарат эсвэл өөр туслах төхөөрөмж				

Харааны үзлэг	<input type="checkbox"/> Залруулагч линзтэй (Тийм эсэхийг чагтална уу) Стереопсис <input type="checkbox"/> Тэнцсэн <input type="checkbox"/> Тэнцээгүй Зай      Хоёулаа      Б      З 20/      20/      20/      20/	<input type="checkbox"/> Шинжлүүлээгүй Ашигласан шинжилгээ:	
		Шүдний үзлэг	
			<input type="checkbox"/> Илрүүлсэн асуудал: Эмчилгээнд шилжүүлсэн <input type="checkbox"/> Асуудалгүй: Хамгаалахад шилжүүлсэн <input type="checkbox"/> Шилжүүлэхгүй: Шүдний эмчилгээг хэдийнээ авч байгаа <input type="checkbox"/> Гүйцэтгэх боломжгүй
	<input type="checkbox"/> Тэнцсэн <input type="checkbox"/> Нүдний эмч рүү шилжүүлсэн <input type="checkbox"/> Шинжлэх боломжгүй – Дахин үзлэг хэрэгтэй		

Сургууль (өмнөх), хүүхэд асаргаа, эрт илрүүлгийн ажилтанд өгөх зөвлөгөө	<b>Илэрцийн хураангуй (нэгийг чагтална уу):</b> <input type="checkbox"/> Сайн хүүхэд; сургуулийн хөтөлбөрийн үйл ажиллагаанд хамаарах нөхцөл байдал тогтоогдоогүй <input type="checkbox"/> Сургуульд суралцах эсвэл биеийн тамирын дасгал хийхэд чухал ач холбогдолтой нөхцөл байдал (доорх хэсгийг бөглөж/эсвэл энд тайлбарлана уу): _____ <b>Харшил:</b> <input type="checkbox"/> хоол хүнс: _____ <input type="checkbox"/> шавж: _____ <input type="checkbox"/> эм: _____ <input type="checkbox"/> бусад: _____ Харшилын урвалын төрөл: <input type="checkbox"/> анафилакс <input type="checkbox"/> тухайн хэсгийн хариу урвал <b>Шаардлагатай хариу:</b> <input type="checkbox"/> байхгүй <input type="checkbox"/> эпинефриний автомат шахагч <input type="checkbox"/> бусад: _____
	<input type="checkbox"/> Хувь хүний эрүүл мэндийн тусламжийн төлөвлөгөө шаардлагатай (жишээлбэл, астма, чихрийн шижин, таталтын эмгэг, хүнд харшил гэх мэт) <b>Хязгаарлах үйл ажиллагааг зааж өгнө үү:</b> _____ <b>Хөгжлийн үнэлгээ</b> <input type="checkbox"/> IEP-тай <input type="checkbox"/> Цаашдын үнэлгээ шаардлагатай: _____
	<b>Эм.</b> Хүүхэд эрүүл мэндийн тодорхой нөхцөл байдалд зориулж эм уудаг. <input type="checkbox"/> Эмийг сургууль дээр өгөх эсвэл бэлэн байлгах ёстой <b>Тусгай хоолны дэглэмийг зааж өгөх:</b> _____ <b>Тусгай хэрэгцээг зааж өгөх:</b> _____
	<b>Бусад тайлбар:</b> _____

**Эрүүл мэндийн мэргэжилтний гэрчилгээ (гаргацтай бичих эсвэл тамга дарах)  Энэ нүдийг чагталснаар дээрх бүх мэдээлэл үнэн зөв болохыг цахим гарын үсгээр баталгаажуулж байна (доорх гарын үсэг, огнооны мөрөнд нэр, огноог оруулна уу).**

Нэр: \_\_\_\_\_ Гарын үсэг/Огноо: \_\_\_\_\_  
 Практик / Эмнэлэг: \_\_\_\_\_ Хаяг: \_\_\_\_\_  
 Утас: \_\_\_\_\_ Факс: \_\_\_\_\_ Э-мэйл: \_\_\_\_\_



МСН213G Хянасан 10/2020