

МЕДИЧНА КНИЖКА
особи, яка працює з пестицидами і агрохімікатами

Прізвище _____

Ім'я, по батькові _____

Рік народження _____

Місце роботи _____

Посада _____

З якого року працює з пестицидами і агрохімікатами _____

Підпис власника книжки _____

Висновок медичної комісії _____

Голова медичної комісії _____

(прізвище, ім'я, по батькові, підпис)

МП

Дата видачі книжки _____ 20__ р.

Термін дії до _____ 20__ р.