
(наименование организации, ОГРН, ИНН, адрес)

Направление

на медицинское освидетельствование

1. Фамилия, имя, отчество работника, направляемого на медицинское освидетельствование: _____

2. Место работы, должность _____

3. Причина направления на медицинское освидетельствование _____

4. Дата и время выдачи направления _____

Направление выдал _____

(должность, Ф.И.О. должностного лица организации)

Подпись работника, выдавшего направление _____

М.П.