

Приложение
К положению об организации питания

Гигиенический журнал (сотрудники)

№ п/п	Дата	ФИО работника (последнее при наличии)	Должность	Подпись сотрудника об отсутствии признаков инфекционных заболеваний у сотрудника и членов семьи	Подпись сотрудника об отсутствии заболеваний верхних дыхательных путей и гнойничковых заболеваний кожи рук и открытых поверхностей тела	Результат осмотра медицинским работником (ответственным лицом) (<i>допущен/отстранен</i>)	Подпись медицинского работника (ответственного лица)
1							
2							
3							