№ п/п	Фамилия, имя, отчество работника	Должность	Дата	Подпись /сотрудника / об отсутствии признаков инфекционных заболеваний у него и членов семьи	Подпись сотрудника об отсутствии заболеваний верхних дыхательных путей и гнойничковых заболеваний кожи рук и открытых поверхностей тела	Результат осмотра мед.работником (ответственным лицом) - /допущен, отстранён/	Подпись мед.работника (ответственного лица)
	Сидорова	повар	14.11.		Сид	доп	
	Киселева	мл в	14.11			доп	
	Тонкошкур	мл. в	14.11			доп	
	Маркина	мл в	14.11			доп	
	Новикова	мл в	16 11			доп	
	Мельникова	пом	16 11			доп	
	Колотова	убор	-11-			доп	
	Астапова	шк раб.	14.11			доп	
1	Обухова	повар	15.11.			доп	
15.11.2023.	Сидорова	повар	15.11.	Сид	Сид	доп	
	Киселева	мл в	15.11			доп	
	Тонкошкур	мл. в	15.11			доп	
	Маркина	мл в	15.11			доп	
	Мельникова	пом	15 11			доп	
	Астапова	шк раб.	15.11			доп	
1.	Обухова	повар	16.11.			доп	
	Сидорова	повар	16.11.	Сид	Сид	доп	
	Киселева	мл в	16.11			доп	
	Маркина	мл в	16.11			доп	
	Колотова	убор	-11-			доп	
1.	Обухова	повар	17.11.			доп	
	Сидорова	повар	17.11	Сид	Сид	доп	
	Киселева	мл в	17.11			доп	
	Тонкошкур	мл. в	17.11			доп	
	Мельникова	п	17.11			доп	
	Колотова	убор	-11-			доп	
1.	Сидорова	повар	20.11			доп	
	Обухова	повар	20.11			доп	
	Киселева	мл в	20.11			доп	
	Мельникова	пом	20.11			доп	
	Астапова	шк раб.	20.11			доп	
	Колотова	убор	20.11			доп	
	Маркина	мл в	20.11			доп	
1.	Сидорова	повар	21.11			доп	
	Обухова	повар	21.11			доп	
	Киселева	мл в	21.11				
	Маркина	мл в.	21.11			доп	
	Мельникова	пом	21.11			доп	