

ЖУРНАЛ

учета участников экзамена, обратившихся к медицинскому работнику во время проведения экзамена

(наименование и адрес образовательной организации, на базе которой расположен ППЭ)

--

(Код ППЭ)

№ п/п	ФИО	Дата	Подпись
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

сведения о медицинских работниках, закрепленных за ППЭ в дни проведения экзаменов

НАЧАТ	«___» _____ 2025 г.
-------	---------------------

ОКОНЧЕН	«___» _____ 2025 г.
---------	---------------------

