

Штамп учреждения  
здравоохранения  
от \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

СПРАВКА / ЗАКЛЮЧЕНИЕ № \_\_\_\_\_

Гр. Фамилия Имя Отчество \_\_\_\_\_,

состоит на учете в наименование учреждения здравоохранения

\_\_\_\_\_ по поводу беременности с ДД.ММ.ГГГГ

Срок беременности составляет – № недель.

Справка выдана для предоставления по месту требования

Дата выдачи ДД.ММ.ГГГГ

Срок родов - ДД.ММ.ГГГГ

Ф.И.О. врача

(фельдшера - на селе)

подпись врача

ФИО врача

Печать  
учреждения