

Форма для учета результатов проверки знаний после обучения по обновленным СОПам

Ф. И. О. обучаемого сотрудника	Результат аттестации	Дата 1-й проверки знаний	Дата 2-й проверки знаний	Дата 3-й проверки знаний	Ф. И. О. старшей медсестры отделения, проводящей обучение. Подпись.	Подпись обучаемого
	Удовлетворительно					
	Неудовлетворительно					
	Удовлетворительно					
	Неудовлетворительно					