

Протокол проверки знаний первой медицинской помощи №.

Дата проверки: _____

Причина проверки: _____

Экзаменационная комиссия:

Председатель комиссии:

Члены комиссии:

Провела проверку знаний по применению первой медицинской помощи.

Проверяемый:

Фамилия И.О. _____

Место работы _____

Должность _____

ВОПРОСЫ ПО ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Результат: _____

Подпись проверяемого:

Подписи:

Председатель

комиссии Члены

комиссии