

**МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Муниципальное бюджетное  
учреждение здравоохранения  
«РОШАЛЬСКАЯ  
ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА»**

**140730, Московская область,  
г.Росаль, ул.1-ая Первомайская, д.2  
Тел/факс 8 (496 - 45) 51-189**

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

**Медицинское заключение**

Выдано \_\_\_\_\_  
(ФИО)

Дата рождения \_\_\_\_\_

Диагноз \_\_\_\_\_  
(шифр по МКБ-10)

Группа здоровья \_\_\_\_\_  
(прописью)

Председатель комиссии \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Члены комиссии \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

М.П.