

Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение "Детский сад общеразвивающего вида

"Чуораанчык" МР "Амгинский улус (район)"

ПОЛНОЕ НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ

ЖУРНАЛ

утреннего фильтра сотрудников

Начат «___» _____ 20__ г.

Окончен «___» _____ 20__ г.

| № п/п | Дата | Ф.И.О. сотрудника | Должность | Отметка об отсутствии (наличии) признаков заболевания верхних дыхательных путей | Температура тела при проведении утреннего фильтра | Отметка об отсутствии ОРВИ в эпидокружении сотрудника | ФИО сотрудника, проводившего осмотр | Подпись работника, проводившего осмотр |
|----------|------|----------------------|-----------|---|---|--|--|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| № п/п | Дата | Ф.И.О. сотрудника | Должность | Отметка об отсутствии (наличии) признаков заболевания верхних дыхательных путей | Температура тела при проведении утреннего фильтра | Отметка об отсутствии ОРВИ в эпидокружении сотрудника | ФИО сотрудника, проводившего осмотр | Подпись работника, проводившего осмотр |
|-------|------|-------------------|-----------|---|---|---|-------------------------------------|--|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| № п/п | Дата | Ф.И.О. сотрудника | Должность | Отметка об отсутствии (наличии) признаков заболевания верхних дыхательных путей | Температура тела при проведении утреннего фильтра | Отметка об отсутствии ОРВИ в эпидокружении сотрудника | ФИО сотрудника, проводившего осмотр | Подпись работника, проводившего осмотр |
|-------|------|-------------------|-----------|---|---|---|-------------------------------------|--|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| № п/п | Дата | Ф.И.О. сотрудника | Должность | Отметка об отсутствии (наличии) признаков заболевания верхних дыхательных путей | Температура тела при проведении утреннего фильтра | Отметка об отсутствии ОРВИ в эпидокружении сотрудника | ФИО сотрудника, проводившего осмотр | Подпись работника, проводивше- го осмотр |
|----------|------|----------------------|-----------|---|---|--|--|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| № п/п | Дата | Ф.И.О. сотрудника | Должность | Отметка об отсутствии (наличии) признаков заболевания верхних дыхательных путей | Температура тела при проведении утреннего фильтра | Отметка об отсутствии ОРВИ в эпидокружении сотрудника | ФИО сотрудника, проводившего осмотр | Подпись работника, проводившего осмотр |
|-------|------|-------------------|-----------|---|---|---|-------------------------------------|--|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| № п/п | Дата | Ф.И.О. сотрудника | Должность | Отметка об отсутствии (наличии) признаков заболевания верхних дыхательных путей | Температура тела при проведении утреннего фильтра | Отметка об отсутствии ОРВИ в эпидокружении сотрудника | ФИО сотрудника, проводившего осмотр | Подпись работника, проводивше- го осмотр |
|----------|------|----------------------|-----------|---|---|--|--|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| № п/п | Дата | Ф.И.О. сотрудника | Должность | Отметка об отсутствии (наличии) признаков заболевания верхних дыхательных путей | Температура тела при проведении утреннего филътра | Отметка об отсутствии ОРВИ в эпидокружении сотрудника | ФИО сотрудника, проводившего осмотр | Подпись работника, проводившего осмотр |
|----------|------|----------------------|-----------|---|---|--|--|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| № п/п | Дата | Ф.И.О. сотрудника | Должность | Отметка об отсутствии (наличии) признаков заболевания верхних дыхательных путей | Температура тела при проведении утреннего фильтра | Отметка об отсутствии ОРВИ в эпидокружении сотрудника | ФИО сотрудника, проводившего осмотр | Подпись работника, проводившего осмотр |
|-------|------|-------------------|-----------|---|---|---|-------------------------------------|--|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |