



МОНГОЛЫН ЭРЭМ ХАМГААГАХ ЯАМ
ХАМГААГАХ АЖААЛЫН ХЭРЭГ
ЭРЭМ ХАМГААГАХ АЖААЛЫН ХЭРЭГ

1-р бүс 2-р бүс	1-р бүс 2-р бүс
--------------------	--------------------

ЭРЭМ ХАМГААГАХ АЖААЛЫН ХЭРЭГ

1. ЭРЭМ ХАМГААГАХ АЖААЛЫН ХЭРЭГ			
1.1	Эрэм хамгаалах ажлын үр дүн		
1.2	Эрэм хамгаалах ажлын үр дүн (хэрэгжүүлсэн)		
1.3	Эрэм хамгаалах ажлын үр дүн (хэрэгжүүлсэн)		
1.4	Эрэм хамгаалах ажлын үр дүн (хэрэгжүүлсэн)		
6	1-р бүс	2-р бүс	3-р бүс
1	3-р бүс	4-р бүс	5-р бүс
7	13-р бүс	14-р бүс	15-р бүс
15	Эрэм хамгаалах ажлын үр дүн (хэрэгжүүлсэн)		
1.5	Эрэм хамгаалах ажлын үр дүн (хэрэгжүүлсэн)		

2. ЭРЭМ ХАМГААГАХ АЖААЛЫН ХЭРЭГ			
(Эрэм хамгаалах ажлын үр дүн, хэрэгжүүлсэн, 1-р бүс, 2-р бүс, 3-р бүс)			
1	Эрэм хамгаалах ажлын үр дүн		
2.1	Эрэм хамгаалах ажлын үр дүн		
2.2	Эрэм хамгаалах ажлын үр дүн		
2.3	Эрэм хамгаалах ажлын үр дүн		
2.4	Эрэм хамгаалах ажлын үр дүн		
2.5	Эрэм хамгаалах ажлын үр дүн		
2.6	Эрэм хамгаалах ажлын үр дүн		
2.7	Эрэм хамгаалах ажлын үр дүн		
2	Эрэм хамгаалах ажлын үр дүн		
2.8	Эрэм хамгаалах ажлын үр дүн		
2.9	Эрэм хамгаалах ажлын үр дүн		
2.10	Эрэм хамгаалах ажлын үр дүн		
2.11	Эрэм хамгаалах ажлын үр дүн		
2.12	Эрэм хамгаалах ажлын үр дүн		
2.13	Эрэм хамгаалах ажлын үр дүн		
2.14	Эрэм хамгаалах ажлын үр дүн		

[illegible]



ᐃᓄᓄᓄᓄ ᐃᓄᓄᓄ ᐃᓄᓄᓄ ᐃᓄᓄᓄ ᐃᓄᓄᓄ
ᐃᓄᓄᓄᓄ ᐃᓄᓄᓄ ᐃᓄᓄᓄ ᐃᓄᓄᓄ ᐃᓄᓄᓄ
ᐃᓄᓄᓄᓄ ᐃᓄᓄᓄᓄ

ᐃᓄᓄᓄᓄ ᐃᓄᓄᓄ ᐃᓄᓄᓄ ᐃᓄᓄᓄ ᐃᓄᓄᓄ ᐃᓄᓄᓄ ᐃᓄᓄᓄ
(ᐃᓄᓄᓄᓄ ᐃᓄᓄᓄᓄ)

Medical Examination (to be completed by a Doctor)

Comment	ᐃᓄᓄᓄᓄ
	ᐃᓄᓄᓄᓄ ᐃᓄᓄᓄᓄ ᐃᓄᓄᓄᓄ ᐃᓄᓄᓄᓄ? Presence of any physical disabilities?
	ᐃᓄᓄᓄᓄ ᐃᓄᓄᓄᓄ Mental Status
	ᐃᓄᓄᓄᓄ ᐃᓄᓄᓄᓄ Blood Pressure
	ᐃᓄᓄᓄᓄ ᐃᓄᓄᓄᓄ Pulse Rate
	ᐃᓄᓄᓄᓄ ᐃᓄᓄᓄᓄ ᐃᓄᓄᓄᓄ Respiratory System
	ᐃᓄᓄᓄᓄ ᐃᓄᓄᓄᓄ ᐃᓄᓄᓄᓄ ᐃᓄᓄᓄᓄ Gastrointestinal System
	ᐃᓄᓄᓄᓄ ᐃᓄᓄᓄᓄ ᐃᓄᓄᓄᓄ ᐃᓄᓄᓄᓄ Central Nervous System

	HB	Investigations
	HIV Screening	
	Hepatitis B Screening	
	Hepatitis C Screening	
	Chest X-ray	
	ECG	

Certification by Examining Doctor		Examination Date
(Signature) _____ (Date) _____ I certify that, I have on this date _____ examined Mr./Ms. _____, ID card No. _____, and based on the given history and clinical findings, found him/her to be... (in good health) _____ (having the following medical complications) _____ _____ _____ _____		
(Signature)	(Doctor's Name)	
(Date)	(Stamp)	

[illegible]