

**БУЙРУК №400 31.05.2018-ж.**

**Ординатураны аяктаганы жөнүндө сертификаттын (күбөлүктүн)  
формасын бекитүү жөнүндө**

Кыргыз Республикасынын Өкмөтүнүн 2017-жылдын 11-декабрындагы №798 «Кыргыз Республикасынын Өкмөтүнүн 2007-жылдын 31-июлундагы №303 «Кыргыз Республикасындагы медициналык дипломдон кийинки билим берүү жөнүндө» токтомун жүзөгө ашыруу, ошондой эле ординатураны аяктаганы жөнүндө сертификаттын (күбөлүктүн) формасын бекитүү максатында

**БУЙРУК КЫЛАМ:**

1. Тиркелген ординатураны аяктаганы жөнүндө сертификаттын (күбөлүктүн) формасы бекитилсин.
2. Саламаттык сактоонун жогорку билим берүү/илимий уюмдарынын жетекчилери (Кудайбергенова И.О., Чубаков Т.Ч., Кульчинова Г.А.- директордун м.а., Джумагулова А.С., Мамакеев К.М., Джумабеков С.А., Узакбаев К.А., Ашимов Ж.И., Абдраманов К.А., Сагымбаев М.А., Тилеков Э.А.) бул буйрукту жетекчиликке жана аткарууга кабыл алышсын.
3. Бул буйруктун аткарылышын контролдоо статс-катчы К.Т. Шадыхановго жүктөлсүн.

**Об утверждении формы сертификата (удостоверения)  
об окончании ординатуры**

В целях реализации постановления Правительства Кыргызской Республики от 11.12.2017 г. №798 «О внесении изменений в постановление Правительства Кыргызской Республики «О медицинском последипломном

образовании в Кыргызской Республике» от 31.07.2007 года №303 и утверждения формы сертификата (удостоверения) об окончании ординатуры

### ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить прилагаемую форму сертификата (удостоверения) об окончании ординатуры.
2. Руководителям высших образовательных/научных организаций здравоохранения (Кудайбергенова И.О., Чубаков Т.Ч., Кульчинова Г.А.-и.о. директора, Джумагулова А.С., Мамакеев К.М., Джумабеков С.А., Узакбаев К.А., Ашимов Ж.И., Абдраманов К.А., Сагымбаев М.А., Тилеков Э.А.) принять данный приказ к руководству и исполнению.
3. Контроль за исполнением данного приказа возложить на статс-секретаря Шадыханова К.Т.

**Министр**



**К.С. Чолпонбаев**

Приложение

к приказу Министерства  
здравоохранения  
Кыргызской Республики  
от 31.05.2018 г. №400

**КЫРГЫЗСКАЯ РЕСПУБЛИКА**  
**НАЗВАНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ/НАУЧНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

**СЕРТИФИКАТ**  
**(удостоверение)**

Серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
к диплому о высшем медицинском образовании \_\_\_\_\_

Настоящий сертификат (удостоверение) выдан

**Ф.И.О.**

в том, что он (она) проходил(а) последипломную подготовку  
в ординатуре  
с \_\_\_\_\_ года по \_\_\_\_\_ года.

Решением Государственной аттестационной комиссии

от \_\_\_\_\_ года

ему (ей) присвоена квалификация \_\_\_\_\_

по специальности \_\_\_\_\_.

**Руководитель:**

М.П.

Данный сертификат (удостоверение) является государственным документом о последипломной подготовке.

Проверка подлинности: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Регистрационный номер \_\_\_\_\_

(город)

(число, месяц, год.)

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫ  
БИЛИМ БЕРҮҮ/ИЛИМИЙ УЮМДУН АТАЛЫШЫ

**СЕРТИФИКАТ**  
(күбөлүк)

Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
Жогорку медициналык билими тууралуу дипломуна кошумча \_\_\_\_\_

Бул сертификат (күбөлүк)

**Ф.И.О.**

\_\_\_\_\_ жылдын \_\_\_\_\_ баштап  
\_\_\_\_\_ жылдын \_\_\_\_\_ чейин  
дипломдон кийинки даярдоону ординатурадан  
өткөндүгү үчүн берилди.

Мамлекеттик аттестациялык комиссиясынын

\_\_\_\_\_ жылдын \_\_\_\_\_ чечими менен ага  
\_\_\_\_\_ адистиги боюнча  
\_\_\_\_\_ квалификациясы ыйгарылды.

**Жетекчи:**

М.О.

Бул сертификат (күбөлүк) дипломдон кийинки даярдоо боюнча мамлекеттик документ болуп эсептелет.

Аныктыгын текшерүү: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Каттоо номери \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(шаары) (жылы, күнү, айы)

**KYRGYZ REPUBLIC**  
THE NAME OF EDUCATIONAL/SCIENTIFIC ORGANIZATION

**CERTIFICATE**

Series \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

to the Diploma of Higher Medical Education \_\_\_\_\_  
It is issued to

*First name, Middle name and Last name*

to certify that he (she) has taken postgraduate training  
in residency

from \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_.

By the State Attestation Commission Decision MD/MS

dated \_\_\_\_\_ year

he (she) is awarded the specialty \_\_\_\_\_

**The head:**

Official seal

This certificate is a State document of postgraduate training.

To verify: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Registration number \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
(city)

\_\_\_\_\_,  
(day, month, year)