|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CƠ QUAN CHỦ QUẢN **TÊN CƠ SỞ KCB -------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc ---------------** | MS…  Số hồ sơ/Số BA …...  …………………….. |
| Số:      /…. |  |  |

**GIẤY XÁC NHẬN QUÁ TRÌNH ĐIỀU TRỊ VÔ SINH CỦA LAO ĐỘNG NỮ**

**Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh…………………………….xác nhận:**

- Họ, chữ đệm và tên người bệnh: .....................................................................................

- Ngày/tháng/năm sinh: ………/…….…/…………………………………………..………

- Số Định danh cá nhân/ CCCD/Hộ chiếu:……………………………………………..….… Ngày cấp:…/……/…………………………………………………………………………….

- Nghề nghiệp: .....................................................................................................................

- Mã số BHXH/Thẻ BHYT (nếu có) ......................................................................................

- Nơi cư trú: .........................................................................................................................

- Vào viện/cơ sở KBCB lúc:……….giờ………phút, ngày……tháng…………năm................

- Hiện đang điều trị vô sinh tại ……………………………………….hoặc đã ra viện/cơ sở KBCB lúc:…….…….giờ…….……phút, ngày………tháng…….…năm..............

- Chẩn đoán................................................................. ......................................................

- Phương pháp điều trị:................................................... ..................................................

..............................................................................................................................................

- Ghi chú: ......................................................................... ..................................................

......................................................................... ..................................................

|  |  |
| --- | --- |
| *Ngày….. tháng….. năm……..* **Đại diện cơ sở KBCB** *(Ký , ghi rõ họ tên, đóng dấu)* | *Ngày….. tháng….. năm……..* **Người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh** *(Ký , ghi rõ họ tên)* |