**Mẫu số 10. Giấy xác nhận người mẹ không đủ sức khỏe để chăm sóc con**

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

**GIẤY XÁC NHẬN NGƯỜI MẸ KHÔNG ĐỦ SỨC KHỎE ĐỂ CHĂM SÓC CON**

**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 số ............................................................................................

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

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

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

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

- Căn cứ tình trạng bệnh, tật, sức khoẻ hiện tại của người ………………………….……..

- Kết luận................................................................................................................................

(*ghi cụ thể về tình trạng người mẹ sau khi sinh con mà không còn đủ sức khỏe để chăm sóc con hoặc lao động nữ nhờ mang thai hộ sau khi nhận con mà không còn đủ sức khỏe để chăm sóc con*)

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