|  |
| --- |
| **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**  |

**GIẤY XÁC NHẬN**

**ĐI TIÊM CHỦNG VẮC XIN PHÒNG COVID-19 MŨI THỨ HAI**

Họ và tên: …………………………..…… Ngày sinh …………….…………………Nam □ Nữ □.

Số CMT:……………………… Ngày cấp:…/……/……… Nơi cấp ……..……….…….……………

Nghề nghiệp: …………………………… Số điện thoại: ……………………………………………..

Đơn vị công tác: …………………………………………………………………….……….…………

Địa chỉ nơi ở ……………………………………………………………….. …………………………

Đã tiêm mũi 1 vắc xin phòng COVID-19 ngày 11.08.2021. Tại Trường Cao đẳng Y tế Thanh Hóa. Loại vắc xin: MODERNA (Mỹ).

**Là đối tượng được Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh Thanh Hóa tiêm phòng mũi vắc xin lần thứ hai vào lúc 14 giờ 00, ngày thứ Tư, 08.09.2021, tại Trường Cao đẳng Y tế Thanh Hóa *(177 Hải Thượng Lãn Ông, Phường Đông Vệ - TP Thanh Hóa)* theo kế hoạch của UBND tỉnh Thanh Hóa và Sở Y tế Thanh Hóa.**

Người khai cam kết những thông tin ở trên là đúng và hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về sự khai báo này.

|  |  |
| --- | --- |
|  | *………………….., ngày ....tháng…… năm 2021* **ĐẠI DIỆN ĐƠN VỊ CHỨNG THỰC**  *(ký, ghi rõ họ và tên)* |
|  |  |