MẪU GIẤY XÁC NHẬN ĐÃ TIÊM VẮC XIN COVID-19
*(Ban hành kèm theo Quyết định số 43/QĐ-BYT ngày 07 tháng 01 năm 2022 của Bộ Y tế)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **QR CODE** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAMĐộc lập - Tự do - Hạnh phúc---------------** |

**GIẤY XÁC NHẬN ĐÃ TIÊM VẮC XIN COVID-19****(CERTIFICATE OF COVID-19 VACCINATION)**Họ và tên/Name: .......................................................................................................Giới tính/Sex: Nam □ Nữ □Ngày sinh/Date of birth (day/month/year): ..............................................................Số CCCD/CMT/hộ chiếu/định danh cá nhân (ID): .................................................Số điện thoại/Tel: .....................................................................................................Địa chỉ (Address): ....................................................................................................Đã được tiêm vắc xin phòng bệnh COVID-19/Has been vaccinated with COVID-19: |
| **Liều cơ bản/primary dose** |
| **Mũi 1/First dose**Ngày/date ..............................Loại vắc xin/Vaccine:................ | Cơ sở tiêm chủng/Immunization unitKý tên, đóng dấu*(Sign and Stamp)* |
| **Mũi 2/Second dose**Ngày/date ....................................Loại vắc xin/Vaccine:................... | Cơ sở tiêm chủng/Immunization unitKý tên, đóng dấu*(Sign and Stamp)* |
| **Mũi 3/Third dose**Ngày/date ....................................Loại vắc xin/Vaccine:................... | Cơ sở tiêm chủng/Immunization unitKý tên, đóng dấu*(Sign and Stamp)* |
| **Liều bổ sung/additional dose** |
| Ngày/date ....................................Loại vắc xin/Vaccine:.................. | Cơ sở tiêm chủng/Immunization unitKý tên, đóng dấu*(Sign and Stamp)* |
| **Liều nhắc lại/booster dose\*** |
| **Mũi 1/First dose**Ngày/date .................................Loại vắc xin/Vaccine:................ | Cơ sở tiêm chủng/Immunization unitKý tên, đóng dấu*(Sign and Stamp)* |
| **Mũi 2/Second dose**Ngày/date .................................Loại vắc xin/Vaccine:................ | Cơ sở tiêm chủng/Immunization unitKý tên, đóng dấu*(Sign and Stamp)* |
| **Mũi 3/Third dose**Ngày/date .................................Loại vắc xin/Vaccine:................ | Cơ sở tiêm chủng/Immunization unitKý tên, đóng dấu*(Sign and Stamp)* |
| **\****Theo hướng dẫn hiện nay đã có tiêm 01 liều nhắc lại. Nếu tiêm nhắc lại các mũi tiếp theo (mũi 2, mũi 3...) Bộ Y tế sẽ có hướng dẫn sau.* |