**Mẫu số 36**

|  |  |
| --- | --- |
| **………………………… TÊN CƠ QUAN, ĐƠN VỊ -------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc  ---------------** |
| Số: ……/GCNBB-.... | *…, ngày … tháng … năm …* |

**GIẤY CHỨNG NHẬN BỊ BỆNH**

……………1…………… chứng nhận:

Đồng chí: ……………………………………………………………………………………………

Ngày tháng năm sinh: ………………………… Nam/Nữ: …………………………………………

CCCD/CMND số …………… Ngày cấp …………… Nơi cấp ………………………………………

Quê quán: ……………………………………………………………………………………………….

Nơi thường trú: ………………………………………………………………………………………..

Ngày tháng năm nhập ngũ/tham gia công tác: …………………………………………………….

Cơ quan, đơn vị khi bị bệnh: ………………………………………………………………………..

Cấp bậc, chức vụ khi bị bệnh: ……………………………………………………………………….

Ngày tháng năm bị bệnh: ……………………………………………………………………………..

Trường hợp bị bệnh: …………………………………………………………………………………..

Tình trạng bệnh tật: ……………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………..

Đã điều trị tại: ………………………… từ ngày ……… tháng ……… năm ………………………

Ngày tháng năm ra viện lần cuối: …………………………………………………………………./.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nơi nhận:*** - …;- Lưu … | **THỦ TRƯỞNG CƠ QUAN, ĐƠN VỊ** *(Chữ ký, dấu)* **Họ và tên** |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Ghi chú:*** 1 Tên cơ quan, đơn vị có thẩm quyền cấp giấy chứng nhận bị bệnh