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

|  |
| --- |
| **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)* |