|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc 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 unit  Ký tên, đóng dấu  *(Sign and Stamp)* |
| **Mũi 2/Second dose**  Ngày/date ....................................  Loại vắc xin/Vaccine:................... | Cơ sở tiêm chủng/Immunization unit  Ký tên, đóng dấu  *(Sign and Stamp)* |
| **Mũi 3/Third dose**  Ngày/date ....................................  Loại vắc xin/Vaccine:................... | Cơ sở tiêm chủng/Immunization unit  Ký tên, đóng dấu  *(Sign and Stamp)* |
| **Liều bổ sung/additional dose** | |
| Ngày/date ....................................  Loại vắc xin/Vaccine:.................. | Cơ sở tiêm chủng/Immunization unit  Ký 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 unit  Ký tên, đóng dấu  *(Sign and Stamp)* |
| **Mũi 2/Second dose**  Ngày/date .................................  Loại vắc xin/Vaccine:................ | Cơ sở tiêm chủng/Immunization unit  Ký tên, đóng dấu  *(Sign and Stamp)* |
| **Mũi 3/Third dose**  Ngày/date .................................  Loại vắc xin/Vaccine:................ | Cơ sở tiêm chủng/Immunization unit  Ký tên, đóng dấu  *(Sign and Stamp)* |