Mẫu: M.BST-HN001

SỞ Y TẾ TP. HỒ CHÍ MINH
PHÒNG KHÁM CHUYÊN KHOA DA MEDCARE
ĐƠN VỊ ĐIỀU TRỊ KỸ THUẬT CAO CÁC BỆNH LÝ VỀ DA & THẨM MỸ DA
95/36 Bắc Hải, Phường 15, Quận 10, TP.HCM
medcare.com.vn 0845 115 115 info@medcare.com.vn

MEDCARE

ĐƠN ĐĂNG KÝ
ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN SẮC TỐ BẨM SINH

(Áp dụng cho các đối tượng có giấy/sổ chứng nhận hộ nghèo)

Kính gửi: **Phòng khám Chuyên khoa Da Medcare**

Tôi tên là..... Sinh ngày ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Nơi sinh *(tỉnh hoặc thành phố)* ..... Dân tộc ..... Giới tính *(Nam ghi 1, Nữ ghi 0)* ☐

Nghề nghiệp ..... Nơi công tác .....

Số CMND hoặc sổ Thẻ Căn cước công dân ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Ngày cấp ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ Nơi cấp .....

Hộ khẩu thường trú tại .....

Số Giấy/Sổ chứng nhận hộ nghèo .....

Ngày cấp ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ Nơi cấp .....

Phần tự thuật (Giới thiệu bản thân - Vết bớt sắc tố đã mang đến những khó khăn gì ở hiện tại và quá khứ):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Tôi xin cam đoan những lời khai trong đơn là hoàn toàn đúng với sự thật. Nếu sai, tôi xin chịu trách nhiệm trước pháp luật.

....., ngày ..... tháng ..... năm .....

Người khai

(Ký và ghi rõ họ tên)

MEDCARE