|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | QR CODE | **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)* |
| *\*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.* | |