**CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**

**Độc lập – Tự do – Hạnh phúc**

**GIẤY XÁC NHẬN ĐÃ TIÊM VẮC XIN COVID-19**

Họ và tên:

Ngày sinh:

Số CCCD/CMT/Hộ chiếu:

Số điện thoại:

Địa chỉ:

Đã được tiêm vắc xin phòng bệnh COVID-19:

|  |  |
| --- | --- |
| **Mũi 1**  Ngày:  Loại vắc xin:  Số lô: | **Mũi 2**  Ngày:  Loại vắc xin:  Số lô: |
| **Cơ sở tiêm chủng**  *(Ký tên, đóng dấu)* | **Cơ sở tiêm chủng**  *(Ký tên, đóng dấu)* |