

# ĐĂNG KÍ KHÁM

## THÔNG TIN CÁ NHÂN

Họ và tên	:	<input type="text"/>
Email	:	<input type="text"/>
Số Điện thoại	:	<input type="text"/>
Năm Sinh	:	<input type="text"/>
Địa chỉ	:	<input type="text"/>
Triệu Chứng	:	<input type="text"/>
Ngày Khám	:	<input type="text"/>
Giờ Khám	:	<input type="text"/>
Tên bác sĩ	:	<input type="text"/>

NGÀY TẠO

CHỮ KÍ