**GIẤY XÁC NHẬN**

*(V/v Bác sĩ đồng ý tiếp nhận gói thai sản)*

**Kính gửi: - Ban lãnh đạo Bệnh viện Đa khoa Phương Đông**

**- Khoa Phụ sản Bệnh viện Đa khoa Phương Đông**

Họ tên khách hàng: ………………………………………………..……Mã BN: ………

Ngày sinh: ......./……./…….

Dự kiến sinh: ......./……./…….

Địa chỉ: ………………………………………………………………………………………..

Điện thoại: …………………………………………………………………………………….

Tình trạng khách hàng: ……………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………

Hôm nay ngày ….. tháng ….. năm 2024. Khách hàng đăng ký khám thai tại phòng khám sản ….... - Bác sỹ: ……..…………………………………………………………………….

Ý kiến của bác sĩ: ………………………….……………………………………………..…

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Hà Nội, ngày …… tháng ……. năm 20

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Người đề xuất**  ………………………….. | **Phụ trách bộ phận** | **Bác sĩ xác nhận**  ………………………….. |