

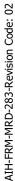
## GIÂY CHỨNG NHẬN PHẦU THUẬT SURGICAL CERTIFICATE

## BỆNH VIỆN QUỐC TẾ MỸ CHỨNG NHẬN AMERICAN INTERNATIONAL HOSPITAL CERTIFIES THAT

Họ tên người bệnh:				
	<b>Giới tính:</b> □ Nam <i>Gender Male</i>		Mã người bệnh:	
Địa chỉ:				
1. Ngày nhập viện	/ /20			
2. Ngày phẫu thuật: _ Procedure date	/ /20			
3. Ngày xuất viện  Discharge date	_ / / 20			
4. Chẩn đoán phẫu thu Surgical diagnosis	ật:			
5. Phương pháp phẫu t Name of Surgery/ prod				
6. Cách thức phẫu th  Procedure narrative				
7. Nhóm máu:  Blood type				
8. Yếu tố Rh: Rh				
gày/ <i>Date</i> // 20	Ngày/ <i>D</i>	oate / _ 20	/	
TRƯỞNG KHOA	BAN GTÁM ĐỐC Y KHOA			

HEAD OF DEPARTMENT (Họ tên, chữ ký & MSNV) (Name, signature & ID) BAN GIAM ĐOC Y KHOA
BOARD OF MEDICAL DIRECTOR

(Họ tên, chữ ký & MSNV) (Name, signature & ID)



Tel: 028 3910 9999