

KHOA/ DEPARTMENT

GIẤY RA VIỆN DISCHARGE CERTIFICATE

Họ tên người bệnh: Ngày tháng năm sinh: Giới tính:
Patient's Name DOB Gender

Dân tộc: Nghề nghiệp:
Nationality Occupation

BHYT Giá trị từ đến Số
Health Insurance Valid from to No

Địa chỉ:
Address

Vào viện giờ phút, ngày tháng năm
Admitted time hour minutes, day month year

Ra viện lúc giờ phút, ngày tháng năm
Discharged time hour minutes, day month year

Chẩn đoán:
Diagnosis

Phương pháp điều trị:
Treatment

Ghi chú:
Note

Ngày tháng năm
Day month year

Ngày tháng năm
Day month year

TỔNG GIÁM ĐỐC/ CEO
Họ tên, chữ kí & MSNV/ Full name, Signature & ID

Trưởng khoa/ Head of department
Họ tên, chữ kí & MSNV/ Full name, Signature & ID