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

**Độc lập- Tự do- Hạnh Phúc**

 **ĐƠN XIN CẤP TÓM TẮT BỆNH ÁN**

 Kính gửi: Phòng Kế hoạch tổng hợp bệnh viện Nguyễn Tri Phương

Tôi tên là( người viết đơn)………………………………………Năm sinh……………………………

Giới tính( Nam/Nữ)…........................... Số điện thoại..............................................................................

 Là bệnh nhân.

 Là……………....của bệnh nhân tên ……………………………………......................................

Năm sinh………………………Nghề nghiệp………………………………………………………….....

Dân tộc……………………… Tên cơ quan……………………………………………………………….

Địa chỉ của bệnh nhân:…………………………………………………………………………………….

Ngày nhập viện…………………………………………….Ngày ra viện………………….......................

Tại Khoa……………………………………………………………………..............................................

Nay tôi đề nghị được cấp:…………………………………………………………………………………

Lý do đề nghị………………………………………………………………………………………………

Tôi xin chân thành cảm ơn!

 TP.Hồ Chí Minh, ngày… tháng……năm……….

 Người làm đơn

 (Ký và ghi rõ họ tên)