|  |
| --- |
| **CƠ QUAN/ĐƠN VỊ**………….……………….. |

**DANH SÁCH F0, F1 PHẢI ĐIỀU TRỊ, CÁCH LY Y TẾ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Họ và tên** | **Ngày, tháng, năm sinh** | | **Địa chỉ** | **Ngày bắt đầu điều trị, cách ly** | **Ngày kết thúc điều trị, cách ly** | **Số ngày điều trị, cách ly** | **Số tiền (đồng)** | **Ghi chú** |
| **Nam** | **Nữ** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** | ***8*** | ***9*** | ***10*** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **...** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Tổng** |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **NGƯỜI LẬP BIỂU**  (Ký, ghi rõ họ tên) | ……….., ngày…….. tháng……. năm…..  **THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ**  (Ký, đóng dấu) |
| Ghi chú: Cột (8) đối với trường hợp trè em không thể ký nhận, bố/mẹ/người giám hộ ký theo tên của người ký nhận và ghi rõ họ tên. | |