**Mẫu số 36**

|  |  |
| --- | --- |
| **………………………… TÊN CƠ QUAN, ĐƠN VỊ -------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc  ---------------** |
| Số: ……/GCNBB-.... | *…, ngày … tháng … năm …* |

**GIẤY CHỨNG NHẬN BỊ BỆNH**

……………1…………… chứng nhận:

Đồng chí:……………………………………………………………………………

Ngày tháng năm sinh: ………………………… Nam/Nữ:……………………………

CCCD/CMND số …………… Ngày cấp …………… Nơi cấp………………………

Quê quán:………………………………………………………………………………

Nơi thường trú:…………………………………………………………………………..

Ngày tháng năm nhập ngũ/tham gia công tác:………………………………………….

Cơ quan, đơn vị khi bị bệnh:…………………………………………………………..

Cấp bậc, chức vụ khi bị bệnh: ………………………………………………………….

Ngày tháng năm bị bệnh: ………………………………………………………………..

Trường hợp bị bệnh:……………………………………………………………………..

Tình trạng bệnh tật:……………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

Đã điều trị tại: …………………… từ ngày ……… tháng ……… năm………………

Ngày tháng năm ra viện lần cuối:……………………………………………………./.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nơi nhận:*** - …;- Lưu … | **THỦ TRƯỞNG CƠ QUAN, ĐƠN VỊ** *(Chữ ký, dấu)* **Họ và tên** |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Ghi chú:*** 1 Tên cơ quan, đơn vị có thẩm quyền cấp giấy chứng nhận bị bệnh