**Mẫu số 35**

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

**GIẤY CHỨNG NHẬN BỊ THƯƠNG**

……………1…………… chứng nhận:

Ông (bà):…………………………………………………………………………………

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:………………………………………….

Ngày tháng năm phục viên (xuất ngũ, chuyển ngành, nghỉ hưu):……………………….

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

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

Ngày tháng năm bị thương:……………………………………………………………

Nơi bị thương:…………………………………………………………………………..

Trường hợp bị thương:………………………………………………………………….

Các vết thương thực thể:…………………………………………………………………

Sau khi bị thương được điều trị tại……………………………………………………..

Ngày tháng năm ra viện………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| ***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 thương