**PHỤ LỤC SỐ 1**

MẪU ĐƠN ĐỀ NGHỊ CẤP GIẤY CHỨNG NHẬN ĐỦ ĐIỀU KIỆN TIÊM CHỦNG
*(Ban hành kèm theo Thông tư số 12/2014/TT-BYT ngày 20 tháng 3 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

**Mẫu số 2**

**Mẫu đơn đề nghị cấp lại giấy chứng nhận đủ điều kiện tiêm chủng**

*(Ban hành kèm theo Thông tư số 12/2014/TT-BYT ngày 20 tháng 3 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc
---------------**

*……**[11](http://thuvienphapluat.vn/archive/Quyet-dinh-2138-QD-BYT-2014-cong-bo-thu-tuc-hanh-chinh-thuoc-tham-quyen-Bo-Y-te-vb236319.aspx%22%20%5Cl%20%22_ftn11%22%20%5Co%20%22)….., ngày….. tháng….. năm 20…..*

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

**Cấp lại giấy chứng nhận đủ điều kiện tiêm chủng**

Kính gửi: ………………[12](http://thuvienphapluat.vn/archive/Quyet-dinh-2138-QD-BYT-2014-cong-bo-thu-tuc-hanh-chinh-thuoc-tham-quyen-Bo-Y-te-vb236319.aspx%22%20%5Cl%20%22_ftn12%22%20%5Co%20%22)……………..

Tên cơ sở: ................................................................................................................

Địa điểm: ..................................................................................................................

Điện thoại: ……………….. Email (nếu có): ..............................................................

Giấy chứng nhận đủ điều kiện tiêm chủng số: …… Ngày cấp: …… Nơi cấp ……

Đề nghị cấp lại giấy phép hoạt động vì lý do:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Bị mất | □ |
| 2. Bị hỏng | □ |
| 3. Giấy chứng nhận đủ điều kiện tiêm chủng còn thời hạn từ 60 ngày trở lên | □ |
| 4. Thay đổi tên cơ sở tiêm chủng | □ |

Kính đề nghị Quý đơn vị xem xét và cấp lại giấy chứng nhận đủ điều kiện tiêm chủng.

|  |  |
| --- | --- |
|    | **Thủ trưởng đơn vị***(Ký tên, đóng dấu)* |

11 Địa danh; 12 Tên đơn vị cấp giấy chứng nhận đủ điều kiện tiêm chủng