**Mẫu số 03**

|  |  |
| --- | --- |
| Ảnh 4cm x 6cm | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc ---------------** |

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

**Chuyển tiếp điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế**

Kính gửi: …………………………1………………………..

1. Họ và tên: .....................................................................................................................

2. Ngày sinh: ....................................................................................................................

3. Số CMND/hộ chiếu/hộ khẩu/giấy phép lái xe............ , cấp ngày: ………/………/……..

tại: ...................................................................................................................................

4. Tên cơ sở điều trị chuyển đến: ………………………………2........................................

5. Thời gian chuyển: ……………………………………………..3........................................

6. Địa chỉ của cơ sở điều trị chuyển đến: ……………………..4........................................

.........................................................................................................................................

Tôi làm đơn này đề nghị cơ sở điều trị giới thiệu và làm các thủ tục cần thiết để giúp tôi được tiếp tục điều trị tại cơ sở điều trị có tên và địa chỉ trên đây.

Trân trọng cảm ơn./.

|  |  |
| --- | --- |
|  | *……5……, ngày.... tháng…. năm 20.....* **Người làm đơn** *(Ký và ghi rõ họ tên)* |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 Tên của cơ sở điều trị nơi người bệnh đang điều trị

2 Tên của cơ sở điều trị nơi người bệnh muốn chuyển đến

3 Ghi rõ thời gian chuyển tiếp điều trị tại cơ sở điều trị nơi đến

4 Ghi rõ địa chỉ của cơ sở điều trị người bệnh muốn chuyển đến

5 Địa danh