

PHÒNG TIÊM VẮC XIN
DỊCH VỤ CÁT TƯỜNG

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

Số: 01/...TB

T.Đ.P.A..., ngày 05 tháng 01 năm 2021

THÔNG BÁO
Cơ sở đủ điều kiện tiêm chủng

Kính gửi: Sở Y Tế tỉnh Gia Lai.....

Tên cơ sở thông báo: Phòng Tiêm vắc xin dịch vụ Cát Tường
Địa chỉ: Thôn 1 - Kim Tân - T.Đ.P.A... Gia Lai.....
Người đứng đầu cơ sở: Nguyễn Thị Mai Đào.....
Điện thoại liên hệ: 0989061... Email (nếu có):

Căn cứ Nghị định số 104/2016/NĐ-CP ngày 01 tháng 7 năm 2016 của Chính phủ quy định về hoạt động tiêm chủng, kính đề nghị Quý cơ quan xem xét, đăng tải thông tin theo quy định.

Thủ trưởng đơn vị
(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)


Nguyễn Thị Mai Đào

- ¹ Tên cơ quan chủ quản của cơ sở đề nghị thông báo đủ điều kiện tiêm chủng
- ² Tên cơ sở đề nghị thông báo đủ điều kiện tiêm chủng
- ³ Chữ viết tắt tên cơ sở đề nghị thông báo đủ điều kiện tiêm chủng
- ⁴ Địa danh
- ⁵ Tên cơ quan tiếp nhận hồ sơ đề nghị thông báo đủ điều kiện tiêm chủng
- ⁶ Địa chỉ cụ thể của cơ sở đề nghị thông báo đủ điều kiện tiêm chủng