

Phụ lục

Đơn vị

.....

DANH SÁCH ĐỐI TƯỢNG TIÊM VẮC XIN PHÒNG COVID- 19 mũi 1 (File Excel)

Tỉnh:..... Huyện:

TT	Họ và tên*	Ngày tháng năm sinh	Tuổi	Giới	Mã nhóm đối tượng ưu tiên	Đơn vị công tác	Số điện thoại*	Số CMT/ CCCD*	Số thẻ bảo hiểm y tế *	Địa chỉ nơi ở hiện tại *				Ngày tiêm mũi 1	Ngày tiêm mũi 2	Bệnh nền, tiền sử dị ứng*
										Số nhà/Tổ	Xã/phường/ thị trấn	Huyện/ TX/TP	Tỉnh			
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)

Hướng dẫn điền thông tin:

+ Các cột đánh *: **BẮT BUỘC PHẢI ĐIỀN**

+ Cột (6): Ghi số 1

+ Cột (7): Ghi tên phòng khám

+ Cột (15), (16): Để trống

Người lập danh sách

....., ngày tháng năm 2021

Thủ trưởng Đơn vị

(Ký tên, đóng dấu)