|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tên thủ tục hành chính** | **Cấp giấy chứng nhận tiêm chủng quốc tế hoặc áp dụng biện pháp dự phòng** | | |
| **1** | **Thành phần hồ sơ** | **Bản chính** | **Bản sao** |
|  | 1. Đơn đề nghị cấp giấy chứng nhận tiêm chủng quốc tế hoặc áp dụng biện pháp dự phòng; | x |  |
| 2. Minh chứng việc sử dụng vắc xin, biện pháp dự phòng đã áp dụng trước đó còn hiệu lực (nếu có). |  | x |
| **2** | **Số lượng hồ sơ** | | |
|  | 01 bộ | | |
| **3** | **Thời gian xử lý** | | |
|  | Ngay sau khi tiếp nhận đủ đơn và tài liệu minh chứng đã tiêm vắc xin phòng bệnh | | |
| **4** | **Nơi tiếp nhận và trả kết quả** | | |
|  | - Nộp hồ sơ trực tiếp tại Bộ phận tiếp nhận và trả kết quả TTHC - Trung tâm Kiểm soát bệnh tật thành phố Hà Nội; Địa chỉ: Số 70 Nguyễn Chí Thanh - Đống Đa - Hà Nội. Điện thoại: 0243.232 1467  - Trả kết quả tại Bộ phận tiếp nhận và trả kết quả TTHC của Trung tâm Kiểm soát bệnh tật thành phố Hà Nội. | | |
| **5** | **Lệ phí** | | |
|  | Tiêm chủng, áp dụng biện pháp dự phòng và cấp giấy chứng nhận tiêm chủng quốc tế hoặc áp dụng các biện pháp dự phòng (Mức thu không bao gồm tiền vắc xin, thuốc, khẩu trang) | | |

**Mẫu số 01**

(Kích thước 297 × 210 mm)

**GIẤY CHỨNG NHẬN TIÊM CHỦNG QUỐC TẾ**

**HOẶC ÁP DỤNG BIỆN PHÁP DỰ PHÒNG**

**INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION**

**OR PROPHYLAXIS**

Chứng nhận (tên)*/ This is to certify that (name)*................................................

Năm sinh/ *Date of birth*............................................Giới tính/ *Sex*.....................

Quốc tịch/ *Nationality*.........................................................................................

Số hộ chiếu/CMND (nếu có)/*Passport/ID number (if applicable)*.....................

Có chữ ký như sau/*Whose signature follows*:

Đã được tiêm chủng hoặc áp dụng các biện pháp dự phòng đối với (tên bệnh)theo Điều lệ Y tế quốc tế /*Has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against (name of disease or condition)* ..........................................*in accordance with the International Health Regulations*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tên vắc xin hoặc biện pháp dự phòng/*Vaccine or*  *prophylaxis* | Ngày tháng/*Date* | Ký xác nhận của người tiêm /*Signature and*  *professional status of supervising clinician* | Nhà sản xuất và số lô của vắc xin hoặc thuốc phòng  */Manufacturer and batch no. of vaccine or prophylaxis* | Chứng nhận hiệu lực từ ngày-đến ngày  */Certificate*  *valid from ...................*  *until............* | Dấu của tổ chức kiểm dịch y tế biên giới  */Official stamp of*  *administering centre* |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |

1. Giấy chứng nhận này chỉ có hiệu lực nếu vắc xin hoặc biện pháp dự phòng được Tổ chức Y tế thế giới chấp thuận*/This certificate is valid only if the vaccine or prophylaxis used has been approved by the World Health Organization.*

2. Giấy chứng nhận này phải được kiểm dịch viên y tế, người chịu trách nhiệm giám sát biện pháp tiêm chủng hoặc biện pháp dự phòng ký trực tiếp. Sau khi tiêm chủng hoặc áp dụng biện pháp dự phòng khác phải ký tên và đóng dấu đầy đủ/*This certificate must be signed in the hand of the clinician, who shall be a medical practitioner or other authorized health worker, supervising the administration of the vaccine or prophylaxis. The certificate must also bear the official stamp of the administering centre; however, this shall not be an accepted substitute for the signature.*

3. Mọi sự sửa đổi, tẩy xoá hay ghi không đầy đủ vào các mục của Giấy chứng nhận này đều bị coi là không hợp lệ/*Any amendment of this certificate, or erasure, or failure to complete any part of it, may render it invalid.*

4. Giấy chứng nhận này có giá trị cho tới ngày hết hiệu lực của tiêm chủng hoặc áp dụng biện pháp dự phòng khác/*The validity of this certificate shall extend until the date indic*

**Mẫu số 02**

(kích thước 297 × 210 mm)

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**

**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

**SOCIALIST REPUBLIC OF VIETNAM**

**Independence - Freedom - Happiness**

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ/ APPLICATION FORM**

**Cấp Giấy chứng nhận/** **kiểm tra, xử lý …….…**

**For issuance of certificate/ inspection/ control, ……..**

Kính gửi/ To: ……………………………………………………

Tôi là *(họ tên bằng chữ hoa)/ Name* ………….…….……Nam *(Male)* / Nữ *(Female)*

Chức vụ/ *Title*:…………………………………………………………(nếu có/ *if any*)

Tên cơ quan/ Agency:…………………………..……………………(nếu có*/ if any*)

Sinh ngày/ *Date of birth*:…./…../………. Quốc tịch/ *Nationality*:…….……………….

Số CMND (hoặc Hộ chiếu)/ *Passport/ID No.)*……….. Ngày cấp/ *Date of issue*:………

Nơi cấp/ *Place of issue*:……………..

Nơi đăng ký hộ khẩu thường trú/ *Registed permanent residence*:…………………...……

Chỗ ở hiện tại/ *Current residence* : ………………………………………………………

Thực hiện Nghị định số 89/2018/NĐ-CP ngày 25 tháng 6 năm 2018 của Chính phủ quy định quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật phòng, chống bệnh truyền nhiễm về kiểm dịch y tế biên giới/ *Implementation of the Decree No. 89/2018/NĐ-CP of the Government of Viet Nam dated 25/6/2018 on implementing the Law on Prevention and Control of Infectious Diseases*

Đề nghị/ To request ……………………………………………… cấp Giấy chứng nhận/kiểm tra, xử lý *(For issuance certificate/ inspection/ control, …..),* ……..… cho tôi hoặc Công ty/đơn vị (tên đơn vị)/ *(to me/Agency)*…………………

|  |  |
| --- | --- |
|  | *…………, ngày/ dd……tháng/ mm…..năm/ yyyy…….*  Người đề nghị/ *Applicant*  (Ký, ghi rõ họ tên)/ *Name and signature* |

*Hồ sơ gửi kèm theo/ File enclosed:*

…………………………

…………………………