

UBND XÃ/PHƯỜNG
.....

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

DANH SÁCH TRẺ EM ĐĂNG KÝ THAM GIA CHƯƠNG TRÌNH PHẪU THUẬT DỊ TẬT VÙNG HÀM

STT	Họ và tên	Ngày, tháng, năm sinh	Họ và tên cha mẹ hoặc người nuôi dưỡng	Nơi ở (Nơi đăng ký HKTT hoặc tạm trú)	Số điện thoại	Loại bệnh (khe hở môi, khe hở hàm ếch, di chứng dị tật khe hở môi, hàm ếch (sẹo môi, lỗ thông vòm miệng, dị tật mũi); dị tật vùng hàm mặt khác (u máu, u sắc tố); thừa sụn ở tai; dị tật sụn mí bẩm sinh (không phải bệnh lý nhãn khoa...))	Ghi chú
1							
....							
Tổng số							

.....Ngày.....tháng.....năm 2026

NGƯỜI LẬP
(Ký ghi rõ họ tên)

LÃNH ĐẠO XÁC NHẬN
(ký, đóng dấu)