

TÊN CƠ QUAN, TỔ CHỨC
CHỦ QUẢN¹
CƠ SỞ ĐIỀU TRỊ²

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

Số: /GXN-ĐTN

....³..., ngày tháng năm

GIẤY XÁC NHẬN

Người đang điều trị nghiện bằng thuốc thay thế

CƠ SỞ²

Căn cứ Nghị định số 163/2026/NĐ-CP ngày 15 tháng 5 năm 2026 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Phòng, chống ma túy;

Căn cứ đề nghị⁴

XÁC NHẬN:

1. Ông (bà)⁵ ; Giới tính

Ngày, tháng, năm sinh:

Số CC/CCCD/CMND/HC: ngày cấp: nơi cấp:

Nơi cư trú:

2. Xác nhận: **Đang điều trị nghiện bằng thuốc thay thế**

Thời gian: từ ngày tháng năm đến ngày tháng năm

GIÁM ĐỐC/NGƯỜI ĐẠI DIỆN

(Ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu)

Nơi nhận:

- Ông, bà⁴ ;
- Đại diện gia đình...⁶;
- Công an xã/phường/thị trấn...;
- Lưu:

¹ Tên cơ quan, tổ chức chủ quản (nếu có).

² Tên cơ sở cai nghiện ma túy.

³ Địa danh.

⁴ Tổ chức, cá nhân đề nghị.

⁵ Tên người đang điều trị nghiện bằng thuốc thay thế.

⁶ Ghi rõ họ, tên đại diện gia đình.