

CƠ QUAN/ĐƠN VỊ ...

DANH SÁCH F0, F1 PHẢI ĐIỀU TRỊ, CÁCH LY Y TẾ

STT	Họ và tên	Ngày, tháng, năm sinh		Địa chỉ	Ngày bắt đầu điều trị, cách ly	Ngày kết thúc điều trị, cách ly	Số ngày điều trị, cách ly	Số tiền (đồng)	Ghi chú
		Nam	Nữ						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1									
2									
...									
	Tổng								

NGƯỜI LẬP BIỂU

(Ký ghi rõ họ tên)

....., ngày..... tháng..... năm.....

THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ

(Ký, đóng dấu)

Ghi chú: Cột (8) đối với trường hợp trẻ em không thể ký nhận, bố/mẹ/người giám hộ ký theo tên của người ký nhận và ghi rõ họ tên.