|  |  |
| --- | --- |
| CƠ QUAN CHỦ QUẢN **TÊN CƠ QUAN, ĐƠN VỊ -------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc ---------------** |
| Số: *………../GGT* | *…….1……, ngày ….. tháng ….. năm…..* |

**GIẤY GIỚI THIỆU**

**Kính gửi: Hội đồng Giám định y khoa**……… 2……..

…………………………….3………………………………..…….. trân trọng giới thiệu:

Ông/ Bà:………………………………………… Sinh ngày…. tháng... năm…..

Chỗ ở hiện tại: ............................................................................................................

Giấy CMND/Thẻ căn cước/Hộ chiếu số: …………Ngày cấp:…………… Nơi cấp: ............

Số Sổ BHXH/Mã số BHXH: …………………………4........................................................

Nghề/công việc………………………………………5..........................................................

Điện thoại liên hệ: ........................................................................................................

Là cán bộ/ nhân viên/ thân nhân của .............................................................................

Được cử đến Hội đồng Giám định y khoa ....................................................................

để giám định mức suy giảm khả năng lao động:

Đề nghị giám định: ……………………………….6.............................................................

Loại hình giám định: ……………………………..7 .............................................................

Nội dung giám định: ……………………………..8 ............................................................

Đang hưởng chế độ: …………………………….9 ............................................................

Trân trọng cảm ơn.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **LÃNH ĐẠO CƠ QUAN/ĐƠN VỊ** *(Ký tên, đóng dấu)* |