**GIẤY CHỨNG SINH**

**1.** Tên con: ………………. ; giới tính: Nam , Nữ ;

Thời gian sinh: lúc …… giờ … phút , ngày …tháng…… năm ……….

Nơi sinh: Tên cơ sở y tế ………………………………….

 Địa chỉ: ……………………………………

Chiều cao ……………. cân nặng…………………

**2.** Tên mẹ: …………………………………..

**3.** Bệnh viện đã xác nhận sự việc nêu trên.

Ngày phát hành ngày ……… tháng ……… năm………….