

**SỞ Y TẾ LẠNG SƠN
TRUNG TÂM Y TẾ KHU VỰC
LỘC BÌNH**

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

Số: /TB-TYT

Lộc Bình, ngày tháng 8 năm 2025

**THÔNG BÁO
Cơ sở đủ Điều kiện tiêm chủng**

Kính gửi: Sở Y tế tỉnh Lạng Sơn

Tên cơ sở thông báo: Phòng tiêm chủng vắc xin Viêm gan B sơ sinh - Trung tâm y tế Khu vực Lộc Bình

Địa chỉ: Khu Cầu Lắm, xã Lộc Bình, tỉnh Lạng Sơn

Người đứng đầu cơ sở: Bác sỹ, Phó giám đốc: **TRẦN HỒNG DUYÊN**

Điện thoại liên hệ: 0985 376 989 Email: hongduyenlb@gmail.com.vn

Căn cứ Nghị định số 104/2016/NĐ-CP ngày 01 tháng 7 năm 2016 của Chính phủ quy định về hoạt động tiêm chủng; Nghị định 155/2018/NĐ-CP ngày 12/11/2018 của Chính phủ về sửa đổi, bổ sung một số quy định liên quan đến điều kiện đầu tư kinh doanh thuộc phạm vi quản lý nhà nước của Bộ Y tế.

Kính đề nghị Quý cơ quan xem xét, đăng tải thông tin theo quy định./.

Thủ trưởng đơn vị
(Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)

Trần Hồng Duyên

PHỤ LỤC

MẪU THÔNG BÁO CƠ SỞ ĐỦ ĐIỀU KIỆN TIÊM CHỦNG

(Kèm theo Nghị định số 104/2016/NĐ-CP ngày 01 tháng 7 năm 2016 của Chính phủ)

..... ¹ ² -----	CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc -----
Số:/..... ³	 ⁴, ngày.... tháng.... năm....

THÔNG BÁO

Cơ sở đủ Điều kiện tiêm chủng

Kính gửi:⁵.....

Tên cơ sở thông báo:

Địa chỉ:⁶.....

Người đứng đầu cơ sở:

Điện thoại liên hệ:..... Email (nếu có):

Căn cứ Nghị định số 104/2016/NĐ-CP ngày 01 tháng 7 năm 2016 của Chính phủ quy định về hoạt động tiêm chủng, kính đề nghị Quý cơ quan xem xét, đăng tải thông tin theo quy định.

	Thủ trưởng đơn vị (Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)
--	--

¹ Tên cơ quan chủ quản của cơ sở đề nghị thông báo đủ Điều kiện tiêm chủng

² Tên cơ sở đề nghị thông báo đủ Điều kiện tiêm chủng

³ Chữ viết tắt tên cơ sở đề nghị thông báo đủ Điều kiện tiêm chủng

⁴ Địa danh

⁵ Tên cơ quan tiếp nhận hồ sơ đề nghị thông báo đủ Điều kiện tiêm chủng

⁶ Địa chỉ cụ thể của cơ sở đề nghị thông báo đủ Điều kiện tiêm chủng