

TRUNG TÂM Y TẾ THIỆU HÓA  
TRẠM YT XÃ:.....

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

Phụ lục 7 (Gửi đ/c Xuyên Phòng khám)

**BÁO CÁO TĂNG, GIẢM CƠ SỞ KHÁM CHỮA BỆNH**  
( Báo cáo quý:.....Năm.....)

STT	Tên cơ sở KB, Chữa bệnh	Phụ trách chuyên môn	Số giấy phép hoạt động / ngày cấp	Số chứng chỉ hành nghề/ ngày cấp	Địa điểm hành nghề	Phạm vi hoạt động chuyên môn	Thời gian hành nghề (trong giờ/ ngoài giờ hành chính)	Tình trạng hoạt động (Đang hoạt động/dã chấm dứt- Lý do)	Số điện thoại liên hệ
I	<b>Cơ sở KCB ngừng hoạt động</b>								
1									
2									
3									
II	<b>Cơ sở KCB đủ điều kiện mới phát sinh trong quý</b>								
1									
2									
3									
III	<b>Cơ sở KCB không đủ điều kiện mới phát sinh trong quý</b>								
1									
2									
3									

Người lập danh sách

....., ngày .....tháng.....năm.....  
TRƯỞNG TRẠM