|  |  |
| --- | --- |
| 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 | …, ngày ….. tháng ….. năm ….. |

****GIẤY GIỚI THIỆU****

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

… trân trọng giới thiệu:

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

Chỗ ở hiện tại: …

CCCD/CMND/Hộ chiếu số: … Ngày cấp: … Nơi cấp: …

Số Sổ bảo hiểm xã hội/Mã số bảo hiểm xã hội: …

Nghề/công việc …

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: …

Loại hình giám định: …

Nội dung giám định: …

Đang hưởng chế độ: …

|  |  |
| --- | --- |
| ****Xác nhận của Ủy ban nhân dân****  ****hoặc Công an cấp xã**** | ****LÃNH ĐẠO CƠ QUAN/ĐƠN VỊ****  (Ký tên, đóng dấu) |