

**UBND THÀNH PHỐ LONG KHÁNH
PHÒNG KINH TẾ**

**HỒ SƠ MẪU
CẤP GIẤY CHỨNG NHẬN
CƠ SỞ ĐỦ ĐIỀU KIỆN AN TOÀN THỰC PHẨM
THUỘC PHẠM VI QUẢN LÝ NHÀ NƯỚC
NGÀNH CÔNG THƯƠNG**

Long Khánh, tháng năm 20.....

Thủ tục hồ sơ Cấp giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện an toàn thực phẩm đối với cơ sở sản xuất, kinh doanh thực phẩm ngành Công Thương, theo Nghị định số 17/2020/NĐ-CP, ngày 05/02/2020 của Chính phủ.

1. Hồ sơ đề nghị cấp Giấy chứng nhận lần đầu

a) Đơn đề nghị theo Mẫu số 01a;

b) Bản sao Giấy chứng nhận đăng ký kinh doanh hoặc Giấy chứng nhận đăng ký doanh nghiệp hoặc Giấy chứng nhận đầu tư theo quy định của pháp luật;

c) Bản thuyết minh về cơ sở vật chất, trang thiết bị, dụng cụ bảo đảm điều kiện vệ sinh an toàn thực phẩm theo Mẫu số 02a (đối với cơ sở sản xuất), Mẫu số 02b (đối với cơ sở kinh doanh) hoặc cả Mẫu số 02a và Mẫu số 02b (đối với cơ sở vừa sản xuất vừa kinh doanh);

d) Danh sách tổng hợp đủ sức khỏe do chủ cơ sở xác nhận hoặc giấy xác nhận đủ sức khỏe của chủ cơ sở và người trực tiếp sản xuất, kinh doanh thực phẩm do cơ sở y tế cấp huyện trở lên cấp;

đ) Giấy xác nhận đã được tập huấn kiến thức về an toàn thực phẩm của người trực tiếp sản xuất, kinh doanh thực phẩm có xác nhận của chủ cơ sở.

2. Hồ sơ đề nghị cấp lại Giấy chứng nhận

a) Trường hợp đề nghị cấp lại Giấy chứng nhận do bị mất hoặc bị hỏng Đơn đề nghị theo Mẫu số 01b;

b) Trường hợp đề nghị cấp lại Giấy chứng nhận do cơ sở thay đổi địa điểm sản xuất, kinh doanh; thay đổi, bổ sung quy trình sản xuất, mặt hàng kinh doanh hoặc khi Giấy chứng nhận hết hiệu lực:

- Đơn đề nghị theo Mẫu số 01b;

- Hồ sơ theo quy định tại khoản 1 Điều 12 của Nghị định này.

c) Trường hợp đề nghị cấp lại Giấy chứng nhận do thay đổi tên cơ sở nhưng không thay đổi chủ cơ sở, địa chỉ, địa điểm và toàn bộ quy trình sản xuất, mặt hàng kinh doanh:

- Đơn đề nghị cấp theo Mẫu số 01b;

- Giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện an toàn thực phẩm đã được cấp (bản sao có xác nhận của chủ cơ sở);

- Tài liệu chứng minh sự thay đổi tên cơ sở.

d) Trường hợp đề nghị cấp lại Giấy chứng nhận do thay đổi chủ cơ sở nhưng không thay đổi tên cơ sở, địa chỉ, địa điểm và toàn bộ quy trình sản xuất, mặt hàng kinh doanh:

- Đơn đề nghị cấp theo Mẫu số 01b;

- Giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện an toàn thực phẩm đã được cấp (bản sao có xác nhận của cơ sở);

- Danh sách tổng hợp đủ sức khỏe do chủ cơ sở xác nhận hoặc giấy xác nhận đủ sức khỏe của chủ cơ sở và người trực tiếp sản xuất, kinh doanh thực phẩm do cơ sở y tế cấp huyện trở lên cấp (bản sao có xác nhận của cơ sở).”

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

TP. Long Khánh, ngày 15 tháng 05 năm 2024

ĐƠN ĐỀ NGHỊ

Cấp Giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện an toàn thực phẩm

Kính gửi: Ủy Ban Nhân Dân Thành Phố Long Khánh, Tỉnh Đồng Nai

Cơ sở sản xuất, kinh doanh: ĐỊA ĐIỂM KINH DOANH CỬA HÀNG SỐ 07 - CHI NHÁNH CÔNG TY TNHH VÒNG TRÒN ĐỎ TẠI ĐỒNG NAI.

Địa điểm tại: Số 22 đường Cách mạng tháng Tám, Khu phố 1, Phường Xuân Hòa, Thành phố Long Khánh, Tỉnh Đồng Nai, Tỉnh Đồng Nai, Việt Nam

Điện thoại: 0906 065 087.

Fax:

Ngành nghề sản xuất, kinh doanh: KINH DOANH THỰC PHẨM TỔNG HỢP THEO DANH MỤC VÀ KINH DOANH DỊCH VỤ ĂN UỐNG TẠI CỬA HÀNG

Nay nộp hồ sơ xin cấp Giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện an toàn thực phẩm cho:

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Cơ sở sản xuất | <input type="checkbox"/> |
| Cơ sở kinh doanh | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Cơ sở vừa sản xuất vừa kinh doanh | <input type="checkbox"/> |
| Chuỗi cơ sở kinh doanh thực phẩm | <input type="checkbox"/> |

ĐỊA ĐIỂM KINH DOANH CỬA HÀNG SỐ 07 - CHI NHÁNH CÔNG TY TNHH VÒNG TRÒN ĐỎ TẠI ĐỒNG NAI Chúng tôi cam kết bảo đảm an toàn thực phẩm cho cơ sở trên và chịu hoàn toàn trách nhiệm về những vi phạm theo quy định của pháp luật.

Trân trọng cảm ơn./.

Hồ sơ gửi kèm gồm:

- Bản thuyết minh về cơ sở vật chất
- Bản vẽ sơ đồ thiết kế mặt bằng
- Bản sao Giấy chứng nhận đủ điều kiện sức khỏe của chủ cơ sở và người trực tiếp
- Bản sao Giấy chứng nhận đã tập huấn kiến thức về VSATTP

ĐẠI DIỆN CƠ SỞ
(Ký tên, đóng dấu)



Nguyễn Thị Phương Thảo

DANH SÁCH NHÓM SẢN PHẨM

(1) (Kèm theo mẫu đơn đối với chuỗi cơ sở kinh doanh thực phẩm và cơ sở kinh doanh thực phẩm tổng hợp)

(2)

STT	Tên nhóm sản phẩm	Nhóm sản phẩm kinh doanh đề nghị cấp Giấy chứng nhận
I	Các nhóm thuộc phạm vi quản lý của Bộ Y tế	
1	Nước uống đóng chai	X
2	Nước khoáng thiên nhiên	X
3	Thực phẩm chức năng	X
4	Các vi chất bổ sung vào thực phẩm và thực phẩm tăng cường vi chất dinh dưỡng	X
5	Phụ gia thực phẩm	X
6	Hương liệu thực phẩm	X
7	Chất hỗ trợ chế biến thực phẩm	X
8	Đá thực phẩm (Nước đá dùng liền và nước đá dùng để chế biến thực phẩm)	X
9	Các sản phẩm khác không được quy định tại danh mục của Bộ Công Thương và Bộ Nông nghiệp và Phát triển nông thôn	X
II	Các nhóm thuộc phạm vi quản lý của Bộ Nông nghiệp và Phát triển nông thôn	
1	Ngũ cốc	X
2	Thịt và các sản phẩm từ thịt	X
3	Thủy sản và sản phẩm thủy sản (bao gồm các loài lưỡng cư)	X
4	Rau, củ, quả và sản phẩm rau, củ, quả	X
5	Trứng và các sản phẩm từ trứng	X
6	Sữa tươi nguyên liệu	
7	Mật ong và các sản phẩm từ mật ong	X



Mẫu số 02b

(Ban hành kèm theo Nghị định số 17/2020/NĐ-CP ngày 05/02/2020 của Chính phủ)

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

BẢN THUYẾT MINH

Về cơ sở vật chất, trang thiết bị, dụng cụ bảo đảm điều kiện vệ sinh
an toàn thực phẩm (đối với cơ sở kinh doanh)

I. THÔNG TIN CHUNG

- Đại diện cơ sở: Bà NGUYỄN THỊ PHƯƠNG THẢO
- Địa chỉ văn phòng: Số 1347 Đường Nguyễn Ái Quốc, Khu phố 6, Phường Tân Tiến, Thành phố Biên Hòa, Tỉnh Đồng Nai, Việt Nam
- Địa chỉ cơ sở kinh doanh: Số 22 đường Cách mạng tháng Tám, Khu phố 1, Phường Xuân Hòa, Thành phố Long Khánh, Tỉnh Đồng Nai, Việt Nam.
- Điện thoại: 0906065087..... Fax
- Loại thực phẩm kinh doanh: **KINH DOANH THỰC PHẨM THEO DANH MỤC KÈM THEO (DẠNG SIÊU THỊ TIỆN ÍCH) VÀ KINH DOANH DỊCH VỤ ĂN UỐNG TẠI CỬA HÀNG**
- Tổng số công nhân viên: 7
- Tổng số công nhân viên trực tiếp kinh doanh: 5
- Tổng số công nhân viên đã được xác nhận kiến thức/tập huấn kiến thức về an toàn thực phẩm: 7
- Tổng số công nhân viên đã khám sức khỏe định kỳ theo quy định: 7
- Tiêu chuẩn cơ sở về bảo đảm an toàn thực phẩm (đối với chuỗi kinh doanh thực phẩm):.....

II. THỰC TRẠNG CƠ SỞ VẬT CHẤT, TRANG THIẾT BỊ, DỤNG CỤ

1. Cơ sở vật chất

- Diện tích mặt bằng kinh doanh: 95 m² Diện tích kho: 13 m²
- Sơ đồ bố trí mặt bằng kinh doanh: (đính kèm)
- Nguồn nước phục vụ kinh doanh đạt TCCL: Nước máy. Lượng nước sử dụng: 30m³/tháng
- Hệ thống vệ sinh và vệ sinh cá nhân: 01 bồn rửa tay

2. Trang thiết bị, dụng cụ kinh doanh

TT	Tên trang, thiết bị	Số lượng	Thực trạng hoạt động của trang thiết bị			Ghi chú
			Tốt	Trung bình	Kém	
I	Trang, thiết bị, dụng cụ kinh doanh hiện có					
1	Trang thiết bị, dụng cụ bảo quản sản phẩm					
	Máy lạnh	04	2023	X		20°C
	Tủ mát	01	2023	X		5-10°C
	Tủ lạnh	01	2023	X		0-3°C

2	Thiết bị, dụng cụ trưng bày sản phẩm				
	Kệ	26	2023	X	
3	Trang thiết bị, dụng cụ vận chuyển sản phẩm	Không có			
4	Dụng cụ rửa và sát trùng tay				
	Bồn rửa tay bằng inox	01		X	
	Xà phòng sát khuẩn	01		X	
5	Thiết bị vệ sinh cơ sở, dụng cụ				
	Cây lau nhà	02		X	
	Chổi	02		X	
6	Trang bị bảo hộ				
	Nón bảo hộ	07		X	
	Áo bảo hộ	07		X	
	Khẩu trang	02 hộp		X	
	Bao tay xốp	02 hộp		X	
7	Dụng cụ, phương tiện phòng chống côn trùng, động vật gây hại				
	Đèn diệt côn trùng	02		X	
8	Dụng cụ, thiết bị giám sát				
	Thiết bị theo dõi nhiệt độ	02		X	
II Trang, thiết bị dự kiến bổ sung					
1	Nồi cơm điện	01			
2	Bếp điện	01			
3	Lò nướng	01			
4	Máy nước nóng	01			
5	Máy làm đá bảo	01			

III. ĐÁNH GIÁ CHUNG

Điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị hiện có của cơ sở đã đáp ứng yêu cầu an toàn thực phẩm để kinh doanh thực phẩm theo quy định chưa?

Trường hợp chưa đáp ứng yêu cầu an toàn thực phẩm theo quy định, cơ sở cam kết sẽ bổ sung và hoàn thiện những trang thiết bị (đã nêu tại mục II của Bảng kê trên); ghi cụ thể thời gian hoàn thiện.

Cam kết của cơ sở:

1. Cam đoan các thông tin nêu trong bản thuyết minh là đúng sự thật và chịu trách nhiệm hoàn toàn về những thông tin đã đăng ký.
2. Cam kết: Chấp hành nghiêm các quy định về an toàn thực phẩm theo quy định./.

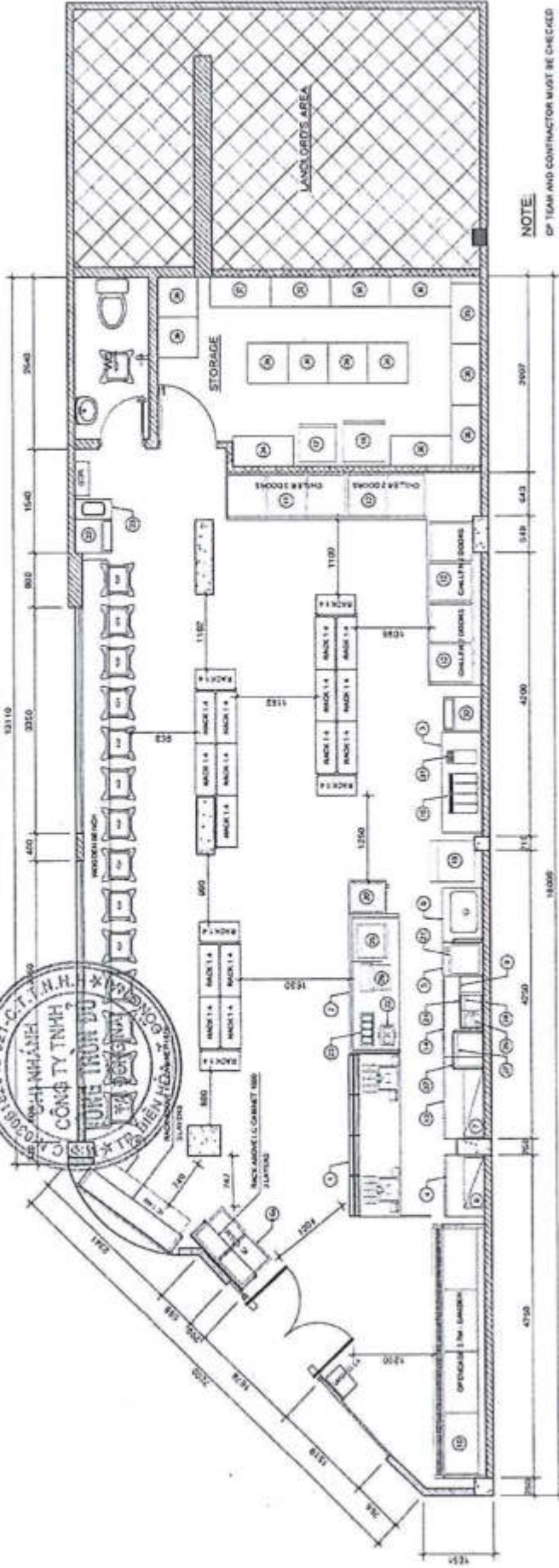
Thành phố Long Khánh, ngày 15 tháng 05 năm 2024



Nguyễn Thị Phương Thảo

LAYOUT OF STORE 22 CACH MANG THANG TAM, XUAN HOA WARD, LONG KHANH CITY, DONG NAI PROVINCE

STORE TYPE: SCHOOL - OFF CAMPUS



NOTE

CP TEAM AND CONTRACTOR MUST BE CHECKED
 DIMENSION AT ACTUAL SITE FOR DETAIL DESIGN
 OF CONSTRUCTION STRUCTURE AND FURNITURE
 ANY DIFFERENT AFFECTED TO LAYOUT THAT CP
 TEAM WILL NOTICE TO STORE PLANNING TEAM FOR
 REVISE LAYOUT
 NO USE TRASHBIN FOR DRINK COUNTER AS OC
 REQUIREMENT

AREA OF STORE

No	ITEMS	UNIT	AREA
1	TRASHBIN AREA	M2	04
2	SEATING AREA	M2	14
3	STORAGE	M2	13
4	STONE AREA	M2	04
5	ISOLE AREA	M2	0
	TOTAL	M2	35

EQUIPMENT LIST

No	ITEMS	UNIT	QTY
1	BACK 1.4M	SET	20
2	UMBRELLA BACK	SET	1
3	BACK ABOVE ICE CREAM CABINET 1500	SET	1
4	BACK ABOVE ICE CREAM CABINET 1670	SET	1
5	CASHIER COUNTER 2.4M	SET	1
6	FOOD COUNTER 2.0M	SET	1
7	DRINK COUNTER 1.5M (NO TRASH BIN)	SET	1
8	WORKBOARD 500X800X800 - NO DOOR	SET	1
9	SINK + CREAM TAP	SET	1
10	CHINALETTE MACHINE 1500X1250	SET	1
11	WIRE CABINET 750X1250	SET	1
12	STAINLESS STEEL HANDING SHELVES	SET	1
13	OPENCASE 3.7M - SHARDEN	SET	1
14	CHILLER 3 DOOR	SET	1
15	CHILLER 2 DOOR	SET	3

No	ITEMS	UNIT	QTY
16	UNDER COUNTER FREEZER 1.2M	SET	1
17	UNDER COUNTER CHILLER 1.2M	SET	1
18	NESTLE MACHINE 4 CONTAINERS	SET	1
19	ICE CREAM CABINET 1.8M	SET	1
20	ICE CREAM CABINET 1.5M	SET	1
21	UPRIGHT FREEZER 1 DOOR (STORAGE)	SET	1
22	UPRIGHT CHILLER 1 DOOR (STORAGE)	SET	1
23	ICE MAKER MACHINE	SET	1
24	STEAM IRON MACHINE	SET	1
25	INDOLE STEAMER	SET	1
26	ODEN MACHINE (MIDDLE COOKING)	SET	1
27	ICE WELL 4 TRAYS ON/10	SET	1
28	AIR FRYER 4LIT	SET	1
29	WARMER SHOWCASE	SET	1
30	INDUCTION COOKER (ELECTRIC HEATER)	SET	1
31	MICROWAVE (BOILING)	SET	2

No	ITEMS	UNIT	QTY
32	OVEN	SET	1
33	COOKER 1.8L	SET	1
34	ICE BOX 24 LIT (PLASTIC)	SET	0
35	WATER MILLER - AUTOMATIC FILL WATER	SET	1
36	TRASH BIN 300X300X900	SET	2
37	LIDIAN COLLECTION BIN	SET	1
38	CLEANING TOOL CABINET 900X600X900	SET	1
39	STORAGE SHELVES 900X600X900	SET	8
40	PALLET 800X800	SET	6
41	MICROWAVE SHELVES (DOWN/SLIDING)	SET	1
42	CONDIMENT TACK	SET	2
43	WATER FILTER	SET	2
44	WOODEN BENCH	LOT	1
45	STOCK BAK 1250	SET	14

© Copyright Circle K, 2023. This drawing is confidential and shall only be used for the purposes of Circle K store

S&O DEPT.

S&M DEPT.

MERCHANDISING AND FOOD SERVICE DEPT.

APPROVAL BY
GENERAL DIRECTOR

S&P DEPT.

STORE CODE:

RED CIRCLE LTD. COM

GIẤY CHỨNG NHẬN ĐĂNG KÝ ĐỊA ĐIỂM KINH DOANH



Mã số địa điểm kinh doanh: 00006

Đăng ký lần đầu, ngày 26 tháng 03 năm 2024

1. Tên địa điểm kinh doanh: ĐỊA ĐIỂM KINH DOANH CỬA HÀNG SỐ 07 - CHI NHÁNH CÔNG TY TNHH VÒNG TRÒN ĐỎ TẠI ĐỒNG NAI

Tên địa điểm kinh doanh viết bằng tiếng nước ngoài:

Tên địa điểm kinh doanh viết tắt:

2. Địa chỉ:

Số 22 đường Cách mạng tháng Tám, khu phố 1, Phường Xuân Hoà, Thành phố Long Khánh, Tỉnh Đồng Nai, Việt Nam

Điện thoại: (028)36209017

Fax:

Email:

Website:

3. Thông tin về người đứng đầu

Họ và tên: TRẦN TUYẾT TRÁC

Giới tính: Nữ

Sinh ngày: 29/07/1991

Dân tộc: Kinh

Quốc tịch: Việt Nam

Loại giấy tờ pháp lý của cá nhân: Thẻ căn cước công dân

Số giấy tờ pháp lý của cá nhân: 079191000679

Ngày cấp: 12/08/2022

Nơi cấp: Cục Cảnh sát Quản lý hành chính về trật tự xã hội

Địa chỉ thường trú: 118/3 Trần Quang Diệu, Phường 14, Quận 3, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Địa chỉ liên lạc: 01 Thùy Vân, Phường 2, Thành phố Vũng Tàu, Tỉnh Bà Rịa - Vũng Tàu, Việt Nam

4. Thông tin về doanh nghiệp/chi nhánh chủ quản:

Tên doanh nghiệp/chi nhánh: CHI NHÁNH CÔNG TY TNHH VÒNG TRÒN ĐỎ TẠI ĐỒNG NAI

Mã số doanh nghiệp/chi nhánh: 0306182043-021

Địa chỉ trụ sở chính/chi nhánh: Số 1347 Đường Nguyễn Ái Quốc, Khu phố 6, Phường Tân Tiến, Thành phố Biên Hoà, Tỉnh Đồng Nai, Việt Nam

K. TRƯỜNG PHÒNG
TRƯỞNG PHÒNG



Lỗ Quốc Thịnh

**GIẤY CHỨNG NHẬN ĐĂNG KÝ HOẠT ĐỘNG
CHI NHÁNH**



Mã số chi nhánh: 0306182043-021

Đăng ký lần đầu, ngày 22 tháng 07 năm 2021

Đăng ký thay đổi lần thứ: 3, ngày 05 tháng 04 năm 2023

1. Tên chi nhánh:

CHI NHÁNH CÔNG TY TNHH VÒNG TRÒN ĐỎ TẠI ĐỒNG NAI

Tên chi nhánh viết bằng tiếng nước ngoài:

Tên chi nhánh viết tắt:

2. Địa chỉ:

Số 1347 Đường Nguyễn Ái Quốc, Khu phố 6, Phường Tân Tiến, Thành phố Biên Hòa, Tỉnh Đồng Nai, Việt Nam

Điện thoại:

Fax:

Email:

Website:

3. Thông tin về người đứng đầu

Họ và tên: TRẦN TUYẾT TRÁC

Giới tính: Nữ

Sinh ngày: 29/07/1991

Dân tộc: Kinh

Quốc tịch: Việt Nam

Loại giấy tờ pháp lý của cá nhân: Thẻ căn cước công dân

Số giấy tờ pháp lý của cá nhân: 079191000679

Ngày cấp: 12/08/2022

Nơi cấp: Cục cảnh sát quản lý hành chính về trật tự xã hội

Địa chỉ thường trú: 118/3 Trần Quang Diệu, Phường 14, Quận 3, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Địa chỉ liên lạc: 01 Thùy Vân, Phường 2, Thành phố Vũng Tàu, Tỉnh Bà Rịa - Vũng Tàu, Việt Nam

4. Hoạt động theo ủy quyền của doanh nghiệp

Tên doanh nghiệp: CÔNG TY TNHH VÒNG TRÒN ĐỎ

Mã số doanh nghiệp: 0306182043

Địa chỉ trụ sở chính: 160 Bùi Thị Xuân, Phường Phạm Ngũ Lão, Quận 1, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

TRƯỞNG PHÒNG



Phan Huy Loan

SỞ KẾ HOẠCH VÀ ĐẦU TƯ
THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH
PHÒNG ĐĂNG KÝ KINH DOANH

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

**GIẤY CHỨNG NHẬN ĐĂNG KÝ DOANH NGHIỆP
CÔNG TY TRÁCH NHIỆM HỮU HẠN MỘT THÀNH VIÊN**



Mã số doanh nghiệp: 0306182043

Đăng ký lần đầu: ngày 10 tháng 11 năm 2008

Đăng ký thay đổi lần thứ: 87, ngày 13 tháng 09 năm 2023

1. Tên công ty

Tên công ty viết bằng tiếng Việt: CÔNG TY TNHH VÒNG TRÒN ĐỎ
Tên công ty viết bằng tiếng nước ngoài: RED CIRCLE COMPANY LIMITED
Tên công ty viết tắt: RED CIRCLE CO., LTD

2. Địa chỉ trụ sở chính

160 Bùi Thị Xuân, Phường Phạm Ngũ Lão, Quận 1, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Điện thoại: (028) 3620 9017

Fax: 08.39404230

Email:

Website:

3. Vốn điều lệ : 20.214.500.000 đồng.

Bằng chữ: Hai mươi tỷ hai trăm mười bốn triệu năm trăm nghìn đồng

4. Thông tin về chủ sở hữu

Tên tổ chức: CÔNG TY CỔ PHẦN PHÁT TRIỂN VIỆT PHONG

Mã số doanh nghiệp/Quyết định thành lập số: 0316866155

Ngày cấp: 20/05/2021 Nơi cấp: Phòng ĐKKD Thành phố Hồ Chí Minh

Địa chỉ trụ sở chính: Tầng 12, Citilight Tower, 45 Võ Thị Sáu, Phường Đa Kao, Quận 1, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

5. Người đại diện theo pháp luật của công ty

* Họ và tên: CHEUNG YIU KWONG

Giới tính: Nam

Chức danh: Tổng giám đốc

Sinh ngày: 21/08/1965 Dân tộc: Quốc tịch: Trung Quốc

Loại giấy tờ pháp lý của cá nhân: Hộ chiếu nước ngoài

Số giấy tờ pháp lý của cá nhân: HJ2142065

Ngày cấp: 18/03/2022 Nơi cấp: Hong Kong, Trung Quốc

Địa chỉ thường trú: 35A Tower 1A, Malibu Lohas Park, 1 Lohas Park road, TKO, Hong Kong, Trung Quốc

Địa chỉ liên lạc: Phòng 1501, Block A, Happy Valley, 814 Nguyễn Văn Linh, Phường Tân Phong, Quận 7, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

TRƯỜNG PHÒNG



Võ Thành Thơ

**Cơ sở: ĐỊA ĐIỂM KINH DOANH CỬA HÀNG SỐ 07 - CHI NHÁNH CÔNG TY TNHH
VÒNG TRÒN ĐỎ TẠI ĐỒNG NAI**

Địa chỉ: Số 22 đường Cách mạng tháng Tám, Khu phố 1, Phường Xuân Hòa, Thành phố Long Khánh, Tỉnh Đồng Nai, Việt Nam.

DANH SÁCH TỔNG HỢP ĐỦ SỨC KHỎE DO CHỦ CƠ SỞ XÁC NHẬN

STT	Họ và Tên	Ngày Khám sức Khỏe	Nơi khám sức Khỏe	Bộ Phận Làm Việc
1	Nguyễn Thị Phương Thảo	22/03/2024	Trung tâm Y tế Quận 7	Văn Phòng
2	Nguyễn Thị Ngọc Diễm	22/03/2024	Trung tâm Y tế Quận 7	Văn Phòng
3	Trần Tuyết Trác	29/03/2024	Phòng khám Đa khoa Thiên Nam	Văn Phòng
4	Nguyễn Thanh Vi	6/12/2023	Bệnh viện Đồng Nai -2	Phòng Bán Hàng
5	Lý Thành Đạt	22/11/2023	Phòng khám Đa khoa Thiện Nhân	Phòng Bán Hàng
6	Võ Minh Thuận	17/10/2023	Trung tâm Y tế Quận Gò Vấp	Phòng Bán Hàng
7	Bùi Thanh Thanh	31/08/2023	Phòng khám Đa khoa Nguyễn An Phúc	Phòng Bán Hàng
8	Phạm Hữu Duy	12/09/2023	Trung tâm Y tế Thành phố Biên Hòa	Phòng Bán Hàng

TP.Long Khánh, ngày 15 tháng 05 năm 2024

ĐẠI DIỆN CƠ SỞ XÁC NHẬN



Nguyễn Thị Phương Thảo

**CHI NHÁNH CÔNG TY
TNHH VÒNG TRÒN ĐỎ
TẠI ĐỒNG NAI**

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

**GIẤY XÁC NHẬN TẬP HUẤN KIẾN THỨC
VỀ AN TOÀN THỰC PHẨM**
Số: 1505./2024/XNTHKTATTP

Căn cứ Thông tư số 13/2020/TT-BCT ngày 18 tháng 6 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Công Thương sửa đổi, bổ sung, bãi bỏ một số quy định về điều kiện đầu tư kinh doanh trong một số lĩnh vực thuộc phạm vi quản lý nhà nước của Bộ Công Thương;

Căn cứ kết quả kiểm tra kiến thức về an toàn thực phẩm theo quy định tại Quyết định Số 1390/QĐ-BCT ngày 26 tháng 5 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Công Thương về việc ban hành bộ câu hỏi kiểm tra, đáp án trả lời thực hiện kiểm tra để xác nhận đã được tập huấn kiến thức về an toàn thực phẩm cho chủ cơ sở và người trực tiếp sản xuất, kinh doanh thực phẩm thuộc quản lý nhà nước về an toàn thực phẩm của bộ công thương.

Tên Cơ sở sản xuất, kinh doanh: **CHI NHÁNH CÔNG TY TNHH VÒNG TRÒN ĐỎ
TẠI ĐỒNG NAI.**

Địa chỉ: *Số 1347 Đường Nguyễn Ái Quốc, Khu phố 6, Phường Tân Tiến, Thành phố Biên Hòa, Tỉnh Đồng Nai, Việt Nam*

Giấy chứng nhận đăng ký kinh doanh số: 0306182043-021 cấp ngày: 22 tháng 07 năm 2021, đăng ký thay đổi lần thứ 1: ngày 30 tháng 06 năm 2022, nơi cấp: Sở Kế hoạch và Đầu tư Tỉnh Đồng Nai.

Điện thoại: Fax:

Xác nhận các ông/bà có tên theo danh sách kèm theo đã được tập huấn kiến thức về an toàn thực phẩm và đã đạt kết quả kiểm tra kiến thức về an toàn thực phẩm tại buổi kiểm tra ngày 15 tháng 5 năm 2024 theo quy định hiện hành.

Giấy này có giá trị trong thời hạn 3 năm kể từ ngày cấp.

Tp.Long Khánh, ngày 15 tháng 5 năm 2024

ĐẠI DIỆN CƠ SỞ

(Ký tên/đóng dấu)



Nguyễn Thị Phương Thảo

Danh sách kèm theo Giấy xác nhận tập huấn kiến thức về an toàn thực phẩm



Số: 1505 / 2024 / XNTHKTATTP

TT		Nam	Nữ	Số Hộ chiếu/ CMND/thẻ căn cước	Ngày/tháng/ năm cấp CMND/ thẻ căn cước	Bộ phận hiện đang làm việc tại cơ sở
1	Nguyễn Thị Phương Thảo		X	079184022490	29/04/2021	Văn Phòng
2	Nguyễn Thị Ngọc Diễm		X	049187002642	16/3/2023	Văn Phòng
3	Trần Tuyết Trác		X	079191000679	12/8/2022	Văn Phòng
4	Nguyễn Thanh Vi		X	095198007951	9/01/2022	Phòng bán hàng
5	Lý Thành Đạt	X		075205021482	17/06/2021	Phòng bán hàng
6	Võ Minh Thuận	X		366350863	26/06/2018	Phòng bán hàng
7	Bùi Thanh Thanh		X	075301015296	26/09/2022	Phòng bán hàng
8	Phạm Hữu Duy	X		075202006146	31/08/2021	Phòng bán hàng

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
3. Chẩn đoán hình ảnh :	
TIM PHỔI BÌNH THƯỜNG	BSCX, Phạm Văn Tuấn

IV. KẾT LUẬN

1. Phân loại sức khỏe :

2. Các bệnh, tật (nếu có) :

LOẠI I
KHỎE

Bệnh nhân... ngày... tháng... năm... 2023
 NGƯỜI KẾT LUẬN
 (Ký, ghi họ, tên và đóng dấu)

BSCX, Nguyễn Sơn Hòa



Phụ lục I
 MẪU GIẤY KHÁM SỨC KHỎE ĐỒNG CHỨC NGƯỜI TỪ ĐỦ 18 TUỔI TRỞ LÊN
 (Theo theo Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06 tháng 5 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

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

BỆNH VIỆN ĐÔNG ANH
 CHI NHÁNH 2
 CÔNG TY TNHH
 ĐÔNG TRẦN 1
 TẠI ĐỒNG NAI

KHÁM SỨC KHỎE



Số: 123
 CMND hoặc Hộ chiếu: 095798003957 cấp ngày
 Tuổi: 13.03.1998
 Họ và tên (chữ in hoặc): NGUYỄN THANH VỊ
 Địa chỉ: Cầu Giấy, Cầu Giấy, Cầu Giấy

1. Tiền sử gia đình:
 Có ai trong gia đình ông (bà) mắc một trong các bệnh: truyền nhiễm, tim mạch, đái tháo đường, lao, hen phế quản, ung thư, động kinh, rối loạn tâm thần, bệnh khác:

a) Không ; b) Có : Nếu "có", đề nghị ghi cụ thể tên bệnh:

2. Tiền sử bản thân: Ông (bà) đã/dang mắc bệnh, tình trạng bệnh nào sau đây không: Bệnh truyền nhiễm, bệnh tim mạch, đái tháo đường, lao, hen phế quản, ung thư, động kinh, rối loạn tâm thần, bệnh khác: a) Không b) Có

3. Câu hỏi khác (nếu có):
 a) Ông (bà) có đang điều trị bệnh gì không? Nếu có, xin hãy liệt kê các thuốc đang dùng và liều lượng:

b) Tiền sử thai sản (Đối với phụ nữ):

Tôi xin cam đoan những điều khai trên đây hoàn toàn đúng với sự thật theo sự hiểu biết của tôi.

Người đề nghị khám sức khỏe
 Nguyễn Thanh VỊ



I. KHÁM THỂ LỰC

Chiều cao: 155 cm; Cân nặng: 64 kg; Chỉ số BMI: 26,6

Mạch: 80 lần/phút; Huyết áp: 120/70 mmHg

Phân loại thể lực: Đ. Va. Thấp. Giảm

II. KHÁM LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sĩ
1. Nội khoa	
a) Tuần hoàn:	
Phân loại:	
b) Hô hấp:	
Phân loại:	
c) Tiêu hóa:	<u>BSCKI Nguyễn Văn Tuấn</u>
Phân loại:	
d) Tiết niệu:	
Phân loại:	<u>BS. Lê Văn Dương</u>
d) Cơ-xương-khớp:	
Phân loại:	<u>BSCKI Nguyễn Văn Tuấn</u>
e) Thần kinh:	
Phân loại:	
g) Tâm thần:	
Phân loại:	
2. Ngoại khoa:	
Phân loại:	<u>BS. Lê Văn Dương</u>
3. Sản phụ khoa:	
Phân loại:	
4. Mắt:	
- Kết quả khám thị lực:	
Không kính:	
Mắt phải: <u>14/10</u>	Mắt trái: <u>14/100</u>
Có kính:	
Mắt phải:	Mắt trái:
- Các bệnh về mắt (nếu có):	
- Phân loại:	<u>BSCKI Nguyễn Văn Tuấn</u>

Nội dung khám

5. Tai-Mũi-Họng

- Kết quả khám thính lực:

Tai trái: Nói thường: 5 m; Nói thầm: 2,5 m

Tai phải: Nói thường: 5 m; Nói thầm: 2,5 m

- Các bệnh về tai mũi họng (nếu có):

- Phân loại:

6. Răng-Hàm-Mặt

- Kết quả khám: + Hàm trên: 14/14

+ Hàm dưới: 14/14

- Các bệnh về Răng-Hàm-Mặt (nếu có):

- Phân loại:

7. Da liễu:

Phân loại:

Họ tên, chữ ký của Bác sĩ

BS. Nguyễn Văn Tuấn

III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sĩ
1. Xét nghiệm máu:	
a) Công thức máu: Số lượng HC: <u>4.24.500</u>	
Số lượng Bạch cầu: <u>3.200</u>	
Số lượng Tiểu cầu: <u>500</u>	
b) Sinh hóa máu: Đường máu:	
- Ure:	
- Creatinin:	
- ASAT (GOT): <u>20</u> ALAT (GPT): <u>20</u>	
c) Khác (nếu có):	<u>BSCKI Nguyễn Văn Tuấn</u>
2. Xét nghiệm nước tiểu:	
a) Đường:	
b) Protein:	<u>BSCKI Nguyễn Văn Tuấn</u>
c) Khác (nếu có):	

MẪU GIẤY KHÁM SỨC KHỎE DÙNG CHO NGƯỜI TỪ ĐỦ 18 TUỔI TRỞ LÊN
(Kèm theo Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06 tháng 5 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Phụ lục 1

SỞ Y TẾ ĐỒNG NAI
PHÒNG Y HIỆN NHIÊN
SỞ Y TẾ ĐỒNG NAI
CÔNG TY TNHH
VÒNG TRÒN ĐỒNG NAI

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



GIẤY KHÁM SỨC KHỎE

Họ và tên: **L. THANH ĐẠT**
Giới tính: Nam Nữ Ngày tháng năm sinh: **20/04/1990**
Số CMND hoặc Hộ chiếu: **DA58039244X**
Cấp ngày: **12/04/2021** Tại: **Quận Ninh Sơn, Tỉnh Đồng Nai**
Số địa chỉ khám sức khỏe: **138 Nguyễn Văn Linh, Phường Tân Phú, Quận Tân Phú, TP. Hồ Chí Minh**

1. Tiền sử gia đình: **TIỀN SỬ BỆNH CỦA ĐỐI TƯỢNG KHÁM SỨC KHỎE**

Có sự tương gia di truyền ông (bà) mắc một trong các bệnh: truyền nhiễm, tim mạch, đại
đường, lao, bệnh đặc biệt, ung thư, động kinh, rối loạn tâm thần, bệnh khác:

a) Không b) Có
Nếu "có", đề nghị ghi cụ thể tên bệnh:

2. Tiền sử bản thân: Ông (bà) đã/dang mắc bệnh, tình trạng bệnh nào sau đây không? Bệnh truyền
nhiễm, bệnh tim mạch, đại tháo đường, lao, hen phế quản, ung thư, động kinh, rối loạn tâm thần,
bệnh khác:

a) Không b) Có
Nếu "có", đề nghị ghi cụ thể tên bệnh:

3. Câu hỏi khác (nếu có):

a) Ông (bà) có đang điều trị bệnh gì không? Nếu có, xin hãy liệt kê các thuốc đang dùng và liều
lượng:

b) Tiền sử thai sản (Đời với phụ nữ):

Tôi xin cam đoan những
điều khai trên đây hoàn toàn đúng
với sự thật theo sự hiểu biết của tôi.

Trần Văn..., ngày **28** tháng **11** năm **2023**

Người đề nghị khám sức khỏe

(Ký và ghi rõ họ, tên)

L. Thanh Đạt



I. KHÁM THỂ LỰC
 Chiều cao: 167 cm; Cân nặng: 49 kg; Chỉ số BMI:
 Mạch: 96 lần/phút; Huyết áp: 110/70 mmHg
 Phân loại thể lực:

II. KHÁM LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
1. Nội khoa	
a) Tuần hoàn:	
Phân loại:	
b) Hô hấp:	
Phân loại:	
c) Tiêu hóa:	
Phân loại:	
d) Thận-Tiết niệu:	
Phân loại:	
d) Co-xương-khớp:	
Phân loại:	
e) Thần kinh:	
Phân loại:	
g) Tâm thần:	
Phân loại:	
2. Ngoại khoa:	
Phân loại:	
3. Sản phụ khoa:	
Phân loại:	
4. Mắt:	
- Khám qua khám thị lực: Không kính: Mắt phải: <u>10/20</u> Mắt trái: <u>10/20</u> Có kính: Mắt phải: <u>10/20</u> Mắt trái: <u>10/20</u>	
- Các bệnh về mắt (nếu có):	
Phân loại:	
5. Tai-Mũi-Họng	
- Khám qua khám thính lực:	
Tai trái: Nói thường: <u>5</u> m; Nói thầm: <u>5</u> m	
Tai phải: Nói thường: <u>5</u> m; Nói thầm: <u>5</u> m	
- Các bệnh về tai mũi họng (nếu có):	
Phân loại:	
6. Răng-Hàm-Mặt	
- Khám qua khám: + Hàm trên: <u>SNI/984</u>	
+ Hàm dưới:	
- Các bệnh về Răng-Hàm-Mặt (nếu có):	
Phân loại:	
7. Da liễu:	
Phân loại:	



BSCKI Phạm Văn Thịnh

III. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
1. Xét nghiệm máu:	
a) Công thức máu: Số lượng HC: <u>8.5</u> Số lượng Bạch cầu: <u>7.5</u> Số lượng Tiểu cầu: <u>371</u>	
b) Sinh hóa máu: Đường máu: <u>5.10</u> Ure:	
Creatinin:	
ASAT (GOT):	
ALAT (GPT):	
c) Khác (nếu có):	
2. Xét nghiệm nước tiểu:	
a) Đường:	
b) Protein:	
c) Khác (nếu có):	
3. Chẩn đoán hình ảnh:	
.....	



IV. KẾT LUẬN

1. Phân loại sức khỏe: **SỨC KHỎE**

2. Các bệnh, tật (nếu có): **LÀO ĐỘNG**

SỨC KHỎE LOẠI I

ngày 22 tháng 11 năm 2023
NGƯỜI KHÁM LUẬN
 (Ký, ghi rõ họ, tên và đóng dấu)



Số: /GSKK-TTYTGV

GIẤY KHÁM SỨC KHỎE
ĐỪNG CHỜ NGƯỜI TỪ ĐÚ 18 TUỔI TRỞ LÊN



Tên: Nguyễn Văn Tuấn
Số CMND hoặc Hộ chiếu: 2625033 cấp ngày 15/1/2018
Số Chức hiện tại: 13114 Chống sốt Phường lập biển Đông Tân Phú
Đào khám sức khỏe: Xm. Vắc

TÊN SỬ BỆNH CỦA ĐỐI TƯỢNG KHÁM SỨC KHỎE

1. Tiền sử gia đình:

Có ai trong gia đình ông (bà) mắc một trong các bệnh: truyền nhiễm, tim mạch, đại tháo đường, lao, hen phế quản, ung thư, động kinh, rối loạn tâm thần, bệnh khác:

a) Không ; b) Có ; Nếu "có", đề nghị ghi cụ thể tên bệnh:

2. Tiền sử bản thân:

Ông (bà) đã/dang mắc bệnh, tình trạng bệnh nào sau đây không: Bệnh truyền nhiễm, bệnh tim mạch, đại tháo đường, lao, hen phế quản, ung thư, động kinh, rối loạn tâm thần, bệnh khác: a) Không ; b) Có

3. Câu hỏi khác (nếu có):

a) Ông (bà) có đang điều trị bệnh gì không? Nếu có, xin hãy liệt kê các thuốc đang dùng và liều lượng:

b) Tiền sử thai sản (Đôi với phụ nữ):

Tôi xin cam đoan những điều khai trên đây hoàn toàn đúng với sự thật theo sự hiểu biết của tôi.
Ký và ghi rõ họ, tên: Nguyễn Văn Tuấn
Ngày: 17 tháng 10 năm 2018
Người đề nghị khám sức khỏe (Ký và ghi rõ họ, tên): Nguyễn Văn Tuấn



I. KHÂM THỂ LỰC

Chiều cao: 167 cm; Cân nặng: 57 kg; Chỉ số BMI: 20.2
 Mạch: 80 lần/phút; Huyết áp: 120/80 mmHg
 Phân loại thể lực: _____

II. KHÂM LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
1. Nội khoa	
a) Tuần hoàn:	
Phân loại:	
b) Hô hấp:	
Phân loại:	
c) Tiêu hóa:	
Phân loại:	
d) Thân-Tiết niệu:	
Phân loại:	
e) Cơ-xương-khớp:	
Phân loại:	
f) Thần kinh:	
Phân loại:	
g) Tâm thần:	
Phân loại:	
2. Ngoại khoa:	
Phân loại:	
3. Sản phụ khoa:	
Phân loại:	
4. Mắt:	
- Kết quả khám thị lực: Không kính: Mắt phải: <u>10/20</u> Mắt trái: <u>10/20</u> Có kính: Mắt phải: <u>10/20</u> Mắt trái: <u>10/20</u>	
- Các bệnh về mắt (nếu có): _____	
- Phân loại: _____	
5. Tai-Mũi-Họng	
- Kết quả khám thính lực:	
Tai trái: Nói thường: <u>15</u> m; Nói thầm: <u>10.5</u> m	
Tai phải: Nói thường: <u>15</u> m; Nói thầm: <u>10.5</u> m	
- Các bệnh về tai mũi họng (nếu có): _____	
- Phân loại: _____	
6. Răng-Hàm-Mặt	
- Kết quả khám: + Hàm trên: <u>1</u> <u>Séc nai 10.1</u>	
+ Hàm dưới: _____	
- Các bệnh về Răng-Hàm-Mặt (nếu có): _____	
- Phân loại: _____	
7. Da liễu:	

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
Phân loại:	

III. KHÂM CẬN LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
1. Xét nghiệm máu:	
a) Công thức máu: Số lượng HC: _____ Số lượng Bạch cầu: _____ Số lượng Tiểu cầu: _____	
b) Sinh hóa máu: Đường máu: _____ Ure: _____ Creatinin: _____ ASAT (GOT): _____ ALAT (GPT): _____	
c) Khác (nếu có): _____	
2. Xét nghiệm nước tiểu:	
a) Đường: _____	
b) Protein: _____	
c) Khác (nếu có): _____	
3. Chẩn đoán hình ảnh:	

IV. KẾT LUẬN

1. Phân loại sức khỏe

2. Các bệnh, tật (nếu có)

17-10-2023

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)



17-10-2023

1 Phân loại sức khỏe theo quy định tại Quyết định số 1613/BYT - QĐ hoặc phân loại sức khỏe theo quy định của Bộ tiêu chuẩn sức khỏe chuyên ngành đối với trường hợp khám sức khỏe chuyên ngành
 2 Ghi rõ các bệnh, tật, phương án điều trị, phục hồi chức năng hoặc giới thiệu khám chuyên khoa để khám bệnh, chữa bệnh.

I. KHAM THE LUC

Chiều cao: 152 cm; Cân nặng: 47 kg;

Chỉ số BMI: 20 lam/phut

Mạch: m 70 mmHg; Huyết áp: 110/70 mmHg

II. KHAM LAM SANG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
1. Nội khoa	
a) Tuần hoàn:	
Phân loại:	
b) Hô hấp:	
Phân loại:	
c) Tiêu hóa	
Phân loại:	
d) Thận-Tiết niệu:	
Phân loại:	
d) Cơ-xương-Khớp:	
Phân loại:	
e) Thần kinh:	
Phân loại:	
g) Tâm thần:	
Phân loại:	
2. Ngoại khoa:	
Phân loại:	
3. Sản phụ khoa:	
Phân loại:	
4. Mắt:	
- Kết quả khám thị lực: Không kính: Mắt phải: <u>10/12</u> Mắt trái: <u>10/12</u>	
- Các bệnh về mắt (nếu có):	
Phân loại:	
5. Tai-Mũi-Họng	
- Kết quả khám thính lực:	
Tai trái: Nói thường: <u>15</u> m; Nói thầm: <u>10</u> m	
Tai phải: Nói thường: <u>15</u> m; Nói thầm: <u>10</u> m	
- Các bệnh về tai mũi họng (nếu có):	
Phân loại:	
6. Răng-Hàm-Mặt	
- Kết quả khám: + Hàm trên: <u>Sức như 95%</u>	
+ Hàm dưới: <u>Sỏi vảy</u>	
- Các bệnh về Răng-Hàm-Mặt (nếu có)	
Phân loại:	
7. Da liễu:	
Phân loại:	

III. KHAM CAN LAM SANG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sỹ
1. Xét nghiệm máu:	
a) Công thức máu: Số lượng HC: <u>1100000</u>	
Số lượng Bạch cầu: <u>12610</u>	
Số lượng Tiểu cầu: <u>300 000</u>	
b) Sinh hóa máu: Đường máu: <u>9,50</u>	
Ure: <u>4,2</u> Creatinin: <u>54,7</u>	
ASAT (GOT): <u>11,8</u> ALAT (GPT): <u>16,9</u>	
c) Khác (nếu có):	
2. Xét nghiệm nước tiểu:	
a) Đường:	
b) Protein:	
c) Khác (nếu có):	
3. Chẩn đoán hình ảnh:	
HÌNH ẢNH TÌM PHỔI TRÊN PHẪM TRONG QUÁI HẸP SĨNH THƯỜNG	

IV. KẾT LUẬN

1. Phân loại sức khỏe:

2. Các bệnh, tật (nếu có):

LOẠI II KHỎE

Bác Sĩ: Nguyễn Văn Tuấn ngày 31 tháng 8 năm 2018

NGƯỜI KẾT LUẬN



PHÓ GIÁM ĐỐC
BS CK. Nguyễn Văn Tuấn

4. Phân loại sức khỏe theo quy định tại Quyết định số 1613/BYT-QĐ hoặc phân loại sức khỏe theo quy định của bộ tiêu chuẩn sức khỏe chuyên ngành đối với trường hợp khám sức khỏe chuyên ngành.
5. Chỉ rõ các bệnh, tật, phương án điều trị, phục hồi chức năng hoặc giới thiệu khám chuyên khoa để khám bệnh, chữa bệnh.

IV. KẾT LUẬN

1. Phân loại sức khỏe : 1.0.0.0.0.0
2. Các bệnh, tật (nếu có) :

1.0.0.0.0.0

Đã chữa... ngày 12 tháng 09 năm 2015

NGƯỜI KẾT LUẬN
(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)
Phạm Hữu Dũng
THÀNH PHỐ BIÊN HÒA

TRANG TỰ Y TẾ TỈNH BIÊN HÒA
ĐÃ THU ĐƯỢC

Phụ lục 1
MÀU GIẤY KHÁM SỨC KHỎE DÙNG CHO NGƯỜI TỪ ĐÚ 18 TUỔI TRỞ LÊN
(Kèm theo Thông tư số 14/2013/TT-BYT ngày 06 tháng 5 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế)
SỞ Y TẾ ĐỒNG NAI
TRUNG TÂM Y TẾ TP. BIÊN HÒA
CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc



Số: 13 / HI. NG. SK. Đ. V. /
CÔNG TY TNHH
ĐÔNG TRẦN Đ
Họ và tên (chữ in hoa): PHẠM HỮU DUY
Giới: Nam / CMND hoặc hộ chiếu: 025.202.006.146 Cấp ngày: 31/8/2012

TÊN SƯ BỆNH CỦA ĐOỊ TƯỢNG KHÁM SỨC KHỎE

1. Tên sư gia đình :

Có ai trong gia đình Ông (Bà) mắc một trong các bệnh: truyền nhiễm, tim mạch, đái tháo đường, lao, hen phế quản, ung thư, động kinh, rối loạn tâm thần, bệnh khác:

a) Không ; b) có ; Nếu " có ", đề nghị ghi cụ thể tên bệnh :

2. Tiền sử bản thân: Ông (Bà) đã / đang mắc bệnh, tình trạng bệnh nào sau đây không: Bệnh truyền nhiễm, tim mạch, đái tháo đường, lao, hen phế quản, ung thư, động kinh, rối loạn tâm thần, bệnh khác: a) không ; b) có

Nếu "có", đề nghị ghi cụ thể tên bệnh :

3. Cần bồi khác (nếu có):

a) Ông (Bà) có đang điều trị bệnh gì không? Nếu có, xin hãy liệt kê các thuốc đang dùng và liều lượng :

b) Tiền sử thai sản (đối với phụ nữ):

Tôi xin cam đoan những điều khai trên đây hoàn toàn đúng với sự thật theo sự hiểu biết của tôi.

Đã chữa... ngày 12 tháng 09 năm 2015
Người đề nghị khám sức khỏe
(Ký và ghi rõ họ, tên)
Phạm Hữu Dũng

CHI NHÁNH
CÔNG TY TNHH
ĐÔNG TRẦN Đ
TỈNH ĐỒNG NAI

I. KHÁM THỂ LỰC
 Chiều cao : 125 cm; Cân nặng : 40 kg; Chỉ số BMI : 12.81
 Mạch : 78 lần/phút; Huyết áp : 115 / 70 mmHg
 Phân loại thể lực : II
II. KHÁM LÂM SÀNG

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sĩ
1. Nội khoa	
a) Tuần hoàn : Phân loại :	
b) Hô hấp : Phân loại :	
c) Tiêu hóa : Phân loại :	
d) Tiểu - Tiết niệu : Phân loại :	
e) Cơ - xương - khớp : Phân loại :	
f) Thần kinh : Phân loại :	
g) Tim mạch : Phân loại :	
h) Nội tiết : Phân loại :	
2. Ngoại khoa : Phân loại :	
3. Sản phụ khoa : Phân loại :	
4. Mắt : - Kết quả khám thị lực : Không kính : Cố kính : - Các bệnh về mắt (nếu có) : - Phân loại :	
5. Tai - Mũi - Họng : - Kết quả khám Thị Lực Tai trái : Nói Thường : ... m; Nói Thầm : ... m Tai phải : Nói Thường : ... m; Nói Thầm : ... m - Các Bệnh về Tai Mũi Họng (nếu có) : - Phân loại : 6. Răng - Hàm - Mặt - Kết quả khám : + Hàm trên : + Hàm dưới : - Các bệnh về Răng - Hàm - Mặt (nếu có) : - Phân loại : 7. Da liễu : - Phân loại :	

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sĩ
5. Tai - Mũi - Họng	
- Kết quả khám Thị Lực Tai trái : Nói Thường : ... m; Nói Thầm : ... m Tai phải : Nói Thường : ... m; Nói Thầm : ... m - Các Bệnh về Tai Mũi Họng (nếu có) : - Phân loại :	
6. Răng - Hàm - Mặt	
- Kết quả khám : + Hàm trên : + Hàm dưới : - Các bệnh về Răng - Hàm - Mặt (nếu có) : - Phân loại :	
7. Da liễu : - Phân loại :	

Nội dung khám	Họ tên, chữ ký của Bác sĩ
1. Xét nghiệm máu: a) Công thức máu : Số lượng HC : Số lượng Bạch cầu : Số lượng Tiểu cầu : b) Sinh hóa máu : Đường máu : - Ure : - Creatinin : - ASAT (GOT) : - ALAT (GPT) : c) Khác (nếu có) :	
2. Xét nghiệm nước tiểu: a) Đường : b) Protein : c) Khác (nếu có) :	
3. Chẩn đoán hình ảnh : - Không phải hình ảnh kết quả - Hình ảnh - không phải kết quả	



2. Hàng - Họm - Mũi
 Kết quả khám: + Họm bên: /SN/ /S.C. /
 + Họm dưới: /SN/ /S.C. /
 Các Nhai về Hàng - Họm - Mũi (nếu có):

BÌNH THƯỜNG

(5)

BS. Phạm Văn Minh Sơn

III. NGHIỆM CẬN LÂM SÀNG

Nhiệt độ thân: _____

1. Xét nghiệm máu:

a) Công thức máu:
 - Số lượng HC (M³): _____
 HGB(g/dl): HCT(%): MCV(fl):
 - Số lượng Bạch cầu (K³): GRAN(%):
 LYM(%): MONO(%): BASHO(%):
 - Số lượng tiểu cầu: **BÌNH KÈM**

b) Xét nghiệm nước tiểu:
 Urê (mmol/L): Creatinin(μmol/L):
 AST(U/L): ALT(U/L): SGOT(U/L):
 c) Khám (nếu có): Khám mắt: Huyết Áp: _____

2. Xét nghiệm nước tiểu:
 a) Định lượng: **BÌNH KÈM** Khám (nếu có):
 b) Protein: **BÌNH KÈM** Khám (nếu có):

3. Các dấu hiệu khác:
 - X Quang tim phổi: Bình thường Không bình thường
 Khám cơ thể: Không bình thường
 - Siêu âm bụng tổng quát: Bình thường Không bình thường
 Ghi cụ thể: *gan, mật, thận, tử cung, dạ dày*

Định tên: *BS. Đỗ Minh Hải*

IV. KẾT LUẬN

1. Phân loại sức khỏe: *Loại 1, Huyết áp*
 2. Các bệnh, tật (nếu có): *Giãn tĩnh mạch mắt, Cận thị*

Độ sức khỏe đủ học tập, làm việc
 Độ sức khỏe đủ làm việc với hạn chế
 Không đủ sức khỏe làm việc

Ngày Tòa, ngày: *12/01/2024*, năm: *2024*

CƠ QUAN SỞ HỮU QUYỀN KẾT LUẬN
 CÔNG TY TNHH **HÔNG TRẦN ĐO**
 THIỆN VĂN

Nguyễn Ngọc Tuấn
 BS. Nguyễn Ngọc Tuấn

ĐẠI DIỆN NGƯỜI QUẢN LÝ

PHÒNG KHÁM BN THIÊN VĂN
 192 đường 30 - 1/10 - Vũng Tàu

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

PL.XXXV-NĐ.61

CHI NHÁNH CHĂM KHÁM SỨC KHỎE
HÔNG TRẦN ĐO
 CÔNG TY TNHH
 THIỆN VĂN

Số: 02/2024/ĐK-SK-KS-KS-VN

Ngày cấp: ngày *12/01/2024* tháng *01* năm *2024* (Quốc)
 Số: *02/2024/ĐK-SK-KS-VN*
 3. Số học sinh: *01* tháng *03* năm *2024* (Quốc)
 Năm Nữ

Địa chỉ khám sức khỏe: *Đ. Nguyễn Văn Văn, P.4, TP.VT*
 Lý do khám sức khỏe: *Đ. Nguyễn Văn Văn*
 Khám theo tên họ: *0934151555*

TÊN SỬ DỤNG CỦA ĐỘI TƯỚNG KHÁM SỨC KHỎE

1. Tên sử dụng:
 Có ai trong gia đình (bà) mắc một trong các bệnh truyền nhiễm, tim mạch, dị tật bẩm sinh, hen phế quản, ung thư, đái tháo đường, rối loạn tâm thần, bệnh khác:
 a) Không () b) Có () Nếu "có", đi nghỉ ghi cụ thể tên bệnh: _____

2. Tiền sử bệnh tật: Ông (bà) đã từng mắc bệnh, tình trạng bệnh như sau đây không:

TT	Tên bệnh, tật	Có	Không	STT	Tên bệnh, tật	Có	Không
1	Có bệnh hay bị thương trong 5 năm qua	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	12	Dấu hiệu đường ruột nhiễm hoặc tăng đường huyết	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2	Có bệnh thần kinh hay bị thương ở đầu	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	13	Bệnh tâm thần	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	Bệnh mắt hoặc giảm thị lực (trừ trường hợp đeo kính thường)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	14	Bệnh y khoa, rối loạn y khoa	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	Bệnh ở tai, giảm sức nghe hoặc thính giác	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	15	Ngất, chóng mặt	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5	Bệnh ở tim, hoặc nhồi máu cơ tim, các bệnh tim mạch khác	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	16	Bệnh tiểu hoa	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>



6	Phân loại của triệu chứng Khạc vụn, hơi chua nước, táo bón mọc, ngứa tạo ngứa da dẹt mọc, ngứa (trên)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	17	Không hoàn toàn, ngứa, ngứa bào khi ngứa ngứa ra ban ngày, ngứa so	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7	Triệu chứng khác	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18	Tại bệnh nhân nào hoặc lịch	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8	Khả năng	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	19	Bệnh hoặc tổn thương cột càng	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9	Bệnh phát hiện, loại phát bệnh, xâm phát quặng mạn tính	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	20	Sử dụng triệu chứng ngứa, sốt ngứa	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10	Bệnh nhân, loại nhân	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	21	Sử dụng ma túy và chất gây phản	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11	Nghiên cứu, bệnh	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	22	Bệnh khác (ghi số)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

3. Các bài khác (nếu có):

a) Ông (bà) có đang điều trị bệnh gì khác? Nếu có, xin hãy liệt kê các thuốc đang dùng và liều lượng:

b) Tên cơ thể nào (Dấu) với phụ nữ?

Tôi xin cam đoan những điều khai trên đây
hoàn toàn đúng với sự thật theo sự hiểu biết của
mình.

Trang 2/2, ngày 22/05/2024, năm 2024
Người kê đơn: Nguyễn Thị Thanh
(Ký và ghi rõ họ, tên)

Nguyễn Thị Thanh

I. KHIAM THI LUC
 Chẩn đoán: Đ.Đ.V cm: Cận nặng: 7.C kg: Chỉ số BMI: 26.6
 Mạch: 97 / phút, Huyết áp: 155 / 95 mmHg
 Phân loại độ nhẹ: II

II. KHIAM LAM SANG

Nội dung khám	Phân loại	Họ tên, chữ ký của Bác sĩ
1. Nhìn lâm sàng a) Tầm nhìn: b) Hô hấp: c) Trao đổi: <u>Cyanosis, cổ động mạch</u> d) Tim: <u>Tai trái</u> e) Ngực: f) Cơ - xương - khớp: g) Thần kinh: h) Tầm nhìn:	<u>I</u>	<u>BS. Trương Thị Thanh</u>
2. Nghe tim: Kết quả khám: <u>BÌNH THƯỜNG</u>	<u>I</u>	<u>BS. Nguyễn Thị Thanh</u>
3. Đo nhịp: Kết quả khám: <u>BÌNH THƯỜNG</u>	<u>I</u>	<u>BS. Nguyễn Thị Thanh</u>
4. Khám phổi: Kết quả khám: <u>BÌNH THƯỜNG</u>	<u>I</u>	<u>BS. Trương Thị Thanh</u>
5. Mạch: Kết quả khám thị lực: Không khác: Mắt phải: Mắt trái: Cơ khác: Mắt phải: <u>AT/LD</u> Mắt trái: <u>AT/LD</u> Các bệnh về mắt (nếu có): <u>Đau mắt</u>	<u>II</u>	<u>BS. CKL Tô Đình Thọ</u>
6. Tai - Mũi - Họng: Kết quả khám thính lực: Tai trái: <u>Nốt thối</u> tai phải: <u>Nốt thối</u> Tai phải: <u>Nốt thối</u> tai trái: <u>Nốt thối</u> Các bệnh về tai - mũi - họng (nếu có):	<u>II</u>	<u>BS. Nguyễn Thị Thanh</u>



Phụ lục số XXIV
 Ban hành kèm theo Thông tư số 32/2023/TT-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2023
 của Bộ trưởng Bộ Y tế)



Mẫu số 03
 PHỤ LỤC - Tự do - Hạnh phúc
 1. Họ và tên (viết chữ in hoa): NGUYỄN T. H.
 2. Giới tính: Nam Nữ
 3. Sinh ngày 26 tháng 09 năm 1971 tại: Quảng Ngãi
 4. Số CMND/CCCD/Hộ chiếu/danh danh CD: 9000000000000000000
 5. Cấp ngày 16/05/2023. Tại: Đã cấp
 6. Chủ ở hiện tại: 724 Lê Văn Lương, Quận Cầu Giấy, Hà Nội
 Số điện thoại liên hệ: 0900650877

- Lưu ý: Trường hợp đối tượng KSK có CCCD gắn chip hoặc có số định danh công dân đã thực hiện kê khai-yêu cầu số dữ liệu quốc gia về dân cư, phần HÀNH CHÍNH nêu trên chỉ cần ghi mục (1) Họ và tên, (3) Ngày tháng năm sinh, (4) số định danh công dân
- 7. Nghề nghiệp:
- 8. Nơi công tác, học tập: **CÔNG TY TNHH VÒNG TRÒN ĐỎ**
- 9. Ngày bắt đầu vào làm việc tại đơn vị hiện nay:
- 10. Ngày, công việc trước đây (liệt kê công việc đã làm trong 10 năm gần đây, tính từ thời điểm gần nhất):
 a)
 thời gian làm việc: ... năm ... tháng từ ngày đến

11. Tiền sử bệnh, tật của gia đình: Không

12. Tiền sử bệnh, tật của bản thân:

Tên bệnh	Phát hiện năm	Tên bệnh nghề nghiệp	Phát hiện năm
a)		a)	
b)		b)	
c)		c)	
d)		d)	

Người lao động xác nhận
 (Ký và ghi rõ họ, tên)
 Ngày 17/01/2024

..... ngày .. tháng .. năm ..
 Người lập số KSK định kỳ
 (Ký và ghi rõ họ, tên)

KHAM SỨC KHỎE ĐỊNH KỲ
 I. TIỀN SỬ BỆNH, TẬT
 (Bác sĩ khám sức khỏe hỏi và ghi chép)



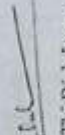
- Tiền sử sản phụ khoa (Đối với nữ):
 - Bất đầu thầy kinh nguyệt: Có nhiều tuổi: 15
 - Tính chất kinh nguyệt: Điều Không điều
 Chu kỳ kinh: 9 ngày 10 ngày 15 ngày
 Lượng kinh: 05 ngày 05 ngày 05 ngày
- Đau bụng kinh: Không Chưa
 Đã lập gia đình: Chưa
 - Para: 1 0 0 1
- Số lần mổ sản, phụ khoa: Có Không
 Ghi rõ: MLT 01 lần Chưa
- Có đang áp dụng BPTT không? Có Chưa
 Ghi rõ: BCS Không



II. KHÁM THỂ LỰC

Chiều cao: 153 cm; Cân nặng: 45 Kg; Chỉ số BMI: 19.2
 Mạch: 88 lần/phút; Huyết áp: 100/70 mmHg
 Phân loại thể lực:

III. KHÁM LÂM SÀNG

Nội dung khám		Họ tên và chữ ký của Bác sỹ chuyên khoa
phải khám đầy đủ các nội dung theo chuyên khoa để khẳng định có hay không có bệnh, tật theo quy định tại Quyết định....		
1. Nội khoa		
a) <i>Tuần hoàn</i>	Bình thường	 BS. Đinh Nhật Hoàng Chương
Phân loại	I	
b) <i>Hô hấp</i>	Bình thường	
Phân loại	I	
c) <i>Tiểu hóa</i>	Bình thường	
Phân loại	I	
d) <i>Thận-Tiết niệu</i>	Bình thường	
Phân loại	I	
đ) <i>Nội tiết</i>	Bình thường	
Phân loại	I	
e) <i>Cơ - xương-khớp</i>	Bình thường	
Phân loại	I	
g) <i>Thần kinh</i>	Bình thường	
Phân loại	I	
h) <i>Tâm thần</i>	Bình thường	
Phân loại	I	
2. Ngoại khoa, Da liễu:		
- <i>Ngoại khoa:</i> Bình thường		 BS. Vũ Thị Minh Nguyệt
Phân loại: I		
- <i>Da liễu:</i> Máy day dị ứng		 BS. Vũ Thị Bích Loan
Phân loại: II		

3. Sản phụ khoa: Phụ khoa hiện chưa ghi nhận bất thường
 Phân loại:

BS. Hoàng Thị Thủy

4. Mắt:

Kết quả khám thị lực: Không kính: Mắt phải: Mắt trái: 10/10

Các bệnh về mắt (nếu có): Hai mắt: Tật khúc xạ/ Không mù máu
 Phân loại: II

BS. Bùi Thị Phương

5. Tai - Mũi - Họng:

Kết quả khám thính lực:

Tai trái: Nói thường.....5.....m; Nói thầm.....0,5.....m

Tai phải: Nói thường.....5.....m; Nói thầm.....0,5.....m

Các bệnh về tai mũi họng (nếu có): Viêm họng mạn tính. Viêm mũi dị ứng
 Phân loại: II

BS. Bùi Thị Tuyết Mai

6. Răng - Hàm - Mặt

Kết quả khám: Hàm trên: / Sức nhai: 100 %

Hàm dưới: /

Các bệnh về răng hàm mặt (nếu có): Vô răng, vệt dính.
 Phân loại: I

BS. Đỗ Thị Phong Lan

IV. KHÁM CẬN LÂM SÀNG

* Xét nghiệm huyết học/sinh hóa/X-quang và các xét nghiệm khác khi có chỉ định của bác sỹ:

a) Kết quả:

- X-quang tim phổi:

Hiện chưa ghi nhận bất thường như mô phổi trên phim X-quang.

- Công thức máu: * WBC [4 - 10]: 4.251 K/ μ L

* RBC [3.8 - 5.6]: 3.182 M/ μ L

* PLT [130 - 400]: 233.6 K/ μ L

- Sinh hóa máu: Glucose : 76.7 (70 - 110) mg/dL

- Xét nghiệm nước tiểu:

Glucose [≤Negative<20]: Negative mg/dL

Protein [≤Negative<20]: Negative mg/dL

- Xét nghiệm khác:

b) Đánh giá:

BS.CK.IV. Nguyễn Thị Quỳnh Như

CN. Hồ Trết Lâm

--	--

V. KẾT LUẬN

1. Phân loại sức khỏe:¹ Loại II

2. Các bệnh, tật (nếu có):²

- Nội - Ngoại tổng quát:
Bạch cầu máu giảm nhẹ.
- Mắt:
Cổ kính mắt: (P) : CK 10/10, (T) : CK 10/10 ; Hai mắt: Tật khúc xạ.
- Tai Mũi Họng:
Viêm mũi dị ứng, Viêm họng mạn tính.
- Da Liễu:
Mày dầy dị ứng.
- Sản Phụ Khoa, Răng Hàm Mũi: Hiện chưa ghi nhận bất thường vào thời điểm hiện tại.



TP.HCM Ngày 03 tháng 04 năm 2024

NGƯỜI KẾT LUẬN

(Chữ ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)



BS. Đinh Nhật Hoàng Chương



¹ Phân loại sức khỏe theo quy định của Bộ Y tế² Ghi rõ các bệnh, tật, phương án điều trị, phẫu thuật chức năng hoặc giới thiệu khám chuyên khoa để khám bệnh, chữa bệnh (nếu có).

ỦY BAN NHÂN DÂN QUẬN 7
 TRUNG TÂM Y TẾ
 CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
 Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 221 / GSK-KTTT / C. 2024-021 / C. TT
 CÔNG TY TNHH CHỈ NHANH
 NGUYỄN VĂN T. H. VÀ H. (viết chữ in hoa); NGUYỄN K. T. H. I. H. U. O. N. S. T. H. A. O.
 SỐ QUÂN QUÂN 7
 GIỚI THỂ: Nam Nữ
 3. Sinh ngày tháng .03. năm ...1994... (Tuổi:)
 4. Số CMND/CCCD/Hộ chiếu/danh sách CD: 033.184.02245C
 5. Cấp ngày: 24/10/2021 tại
 6. Chỗ ở hiện tại: 102/124 Lê Duẩn, Hoàng, 3
 * Lưu ý: Trường hợp đối tượng KSK có CCCD gắn chip hoặc có số định danh công dân đã thực hiện kết nối với cơ sở dữ liệu được gia vé dân cư, phần HÀNH CHÍNH nêu trên chỉ cần ghi các mục (1) Họ và tên, (3) Ngày tháng năm sinh, (4) số định danh công dân
 7. Lý do khám sức khỏe:
 TIỀN SỬ BỆNH CỦA ĐỐI TƯỢNG KHÁM SỨC KHỎE



III. KHÂM CẦN LÂM SÀNG

Nội dung khám		Họ tên và chữ ký của Bác sĩ chuyên khoa
1. Xét nghiệm máu:	Số lượng HC: Số lượng Bạch cầu: Số lượng tiểu cầu: Sinh hóa máu: Đường máu: Urê: Creatinin: ASAT(GOT): ALAT (GPT):	
2. Xét nghiệm nước tiểu:	a) Đường: b) Protein: c) Khác (nếu có):	
3. Chẩn đoán hình ảnh (XQ tim phổi thẳng):	

IV. KẾT LUẬN

1. Phân loại sức khỏe:
 2. Các bệnh, tật (nếu có):

Quận 7, ngày 18 tháng 02 năm 2024
 (Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)
 QUẬN 7
 (Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)
 Trương Thị Ngọc

2. Tiền sử bản thân: Ông (bà) đã/dang mắc bệnh, tình trạng bệnh nào sau đây không:

TT	Tên bệnh, tật	Có	Không	TT	Tên bệnh, tật	Có	Không
1	Có bệnh hay bị thương trong 5 năm qua	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	12	Dãi tháo đường hoặc kiểm soát tăng đường huyết	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2	Có bệnh thần kinh hay bị thương ở đầu	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	13	Bệnh tâm thần	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	Bệnh mắt hoặc giảm thị lực (trừ trường hợp đeo kính thuốc)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	14	Mất ý thức, rối loạn ý thức	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	Bệnh ở tai, giảm sức nghe hoặc thính giác	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	15	Ngất, chóng mặt	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5	Bệnh ở tim, hoặc nhồi máu cơ tim, các bệnh tim mạch khác	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	16	Bệnh tiêu hóa	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6	Phẫu thuật can thiệp tim mạch (thay van, bắc cầu nối, tạo hình mạch, máy tạo nhịp, đặt stent mạch, ghép tim)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	17	Rối loạn giấc ngủ, ngưng thở khi ngủ, ngưng thở ban ngày, ngày to	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
				18	Tai biến mạch máu não hoặc liệt	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
				19	Bệnh hoặc tổn thương cột sống	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TT	Tên bệnh, tật	Có	Không	TT	Tên bệnh, tật	Có	Không
7	Tàng huyết áp	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	20	Sử dụng rượu thường xuyên, liên tục	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8	Khó thở	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	21	Sử dụng ma túy và chất gây nghiện	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9	Bệnh phổi, hen, khí phế thũng, viêm phế quản mạn tính	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	22	Bệnh khác (ghi rõ)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10	Bệnh thận, lọc máu	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
11	Nghiện rượu, bia	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			

3. Câu hỏi khác (nếu có):

a) Ông (bà) có đang điều trị bệnh gì không? Nếu có, xin hãy liệt kê các thuốc đang dùng và liều lượng:

b) Tiền sử thai sản (Đối với phụ nữ):

Tôi xin cam đoan những điều khai trên đây hoàn toàn đúng với sự thật theo sự hiểu biết của tôi.

..... ngày 02 tháng 04 năm 2014

Người đề nghị khám sức khỏe
(Ký và ghi rõ họ, tên)

Nguyễn Thị Phương Thảo

I. KHÁM THỂ LỰC: Chiều cao: cm; Cân nặng: kg; Chỉ số BMI:
 Mạch: lần/phút; Huyết áp: mmHg
 Phân loại thể lực:

II. KHÁM LÂM SÀNG

Nội dung khám		Họ tên và chữ ký của Bác sĩ chuyên khoa
1. Nội khoa		
a) Tuần hoàn		
Phân loại:		
b) Hô hấp		
Phân loại:		
c) Tiêu hóa		
Phân loại:		
d) Thận - Tiết niệu		
Phân loại:	CHƯA KHÁM SỞ THƯỜNG	
đ) Nội tiết		
Phân loại:		BS. Trần Đình Tuy
e) Cơ - xương - khớp		
Phân loại:		
g) Thần kinh		
Phân loại:		
h) Tâm thần		
Phân loại:		
2. Ngoại khoa, Da liễu:		
- Ngoại khoa:		
Phân loại:	CHƯA KHÁM SỞ THƯỜNG	
- Da liễu:		
Phân loại:		
3. Sản phụ khoa:		
Phân loại:		
4. Mắt:		
Phân loại:		
Kết quả khám thị lực: Không kính: Mắt phải Mắt trái Có kính: Mắt phải Mắt trái		
Các bệnh về mắt (nếu có):		
Phân loại:		

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

Đồng Nai, ngày 15 tháng 05 năm 2024

ĐƠN ĐỀ NGHỊ

Cấp lại Giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện an toàn thực phẩm

Kính gửi: Ủy Ban Nhân Dân Thành phố Long Khánh

Tên cơ sở: ĐỊA ĐIỂM KINH DOANH CHI NHÁNH CÔNG TY CỔ PHẦN THƯƠNG MẠI
BÁCH HÓA XANH - CỬA HÀNG BÁCH HÓA XANH ĐỒNG NAI SỐ 166

Địa điểm tại: Đường số 1, tổ 19, Khu phố Trung Tâm, Phường Xuân Lập, Thành Phố Long
Khánh, Tỉnh Đồng Nai

Đề nghị quý cơ quan cấp lại Giấy chứng nhận cơ sở đủ điều kiện an toàn thực phẩm, cụ thể
như sau:

Giấy chứng nhận cũ đã được cấp số: 684/GCNATTP-UBND Ngày cấp: 25/04/2022

Lý do xin cấp lại Giấy chứng nhận: Thay đổi chủ cơ sở nhưng không thay đổi tên cơ sở, địa
chỉ, địa điểm và toàn bộ quy trình sản xuất, mặt hàng kinh doanh.

Đề nghị quý cơ quan xem xét chấp thuận./.



LUƠNG KIỀU MY

GIẤY CHỨNG NHẬN ĐĂNG KÝ ĐỊA ĐIỂM KINH DOANH



Mã số địa điểm kinh doanh: 00170

Đăng ký lần đầu, ngày 05 tháng 01 năm 2022

Đăng ký thay đổi lần thứ: 1, ngày 20 tháng 12 năm 2023

1. Tên địa điểm kinh doanh: ĐỊA ĐIỂM KINH DOANH CHI NHÁNH CÔNG TY CỔ PHẦN THƯƠNG MẠI BẠCH HÓA XANH - CỬA HÀNG BẠCH HÓA XANH ĐỒNG NAI SỐ 166

Tên địa điểm kinh doanh viết bằng tiếng nước ngoài:

Tên địa điểm kinh doanh viết tắt:

2. Địa chỉ:

Đường số 1, tổ 19, khu phố Trung Tâm, Phường Xuân Lập, Thành phố Long Khánh, Tỉnh Đồng Nai, Việt Nam

Điện thoại: 028 38125960

Fax:

Email:

Website: www.bachhoaxanh.com

3. Thông tin về người đứng đầu

Họ và tên: LÊ BÁ HOÀNG

Giới tính: Nam

Sinh ngày: 05/08/1983

Dân tộc: Kinh

Quốc tịch: Việt Nam

Loại giấy tờ pháp lý của cá nhân: Thẻ căn cước công dân

Số giấy tờ pháp lý của cá nhân: 080083010771

Ngày cấp: 22/11/2021

Nơi cấp: Cục Cảnh sát Quản lý Hành chính về trật tự xã hội

Địa chỉ thường trú: 42/2 Nguyễn Văn Tiệp, Phường 5, Thành phố Tân An, Tỉnh Long An, Việt Nam

Địa chỉ liên lạc: Tòa nhà MWG, lô T2-1.2, Đường D1, Khu Công nghệ cao, Phường Tân Phú, Thành phố Thủ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

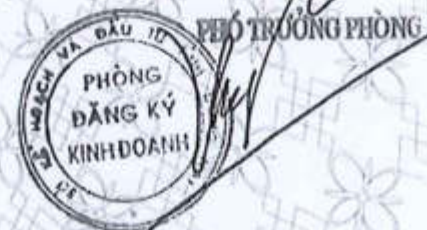
4. Thông tin về doanh nghiệp/chi nhánh chủ quản:

Tên doanh nghiệp/chi nhánh: CHI NHÁNH CÔNG TY CỔ PHẦN THƯƠNG MẠI BẠCH HÓA XANH - CỬA HÀNG BẠCH HÓA XANH ĐỒNG NAI

Mã số doanh nghiệp/chi nhánh: 0310471746-353

Địa chỉ trụ sở chính/chi nhánh: 4-6 Nguyễn Văn Tiên, khu phố 9, Phường Tân Phong, Thành phố Biên Hoà, Tỉnh Đồng Nai, Việt Nam

TR. TRƯỜNG PHÒNG



Đỗ Quốc Thịnh

