**Mẫu số 04**

|  |  |
| --- | --- |
| .... (1) ....  .... (2) .... | **CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ....(3)...., *ngày ....tháng....năm....* |

**PHIẾU KẾT QUẢ  
Xác định tình trạng nghiện ma túy**

Căn cứ đơn đề nghị xác định tình trạng nghiện ma túy của ông (bà): (4) , cơ sở y tế(2)............ trả kết quả xác định tình trạng nghiện ma túy đối với ông (bà)(4) Sinh ngày: ...... /....../........

Số CMND/CCCD/Hộ chiếu /Định danh cá nhân: ; ngày cấp:...../......./.........

Nơi cấp:

Nơi thường trú:

Nơi ở hiện tại:

**KẾT QUẢ(5)**

..............................................

..............................................

..............................................

|  |  |
| --- | --- |
| **THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ** *(Ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu)* | **Bác sỹ/Y sỹ**  **xác định tình trạng nghiện ma túy** *(Ký, ghi rõ họ tên)* |

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

1 Tên cơ quan cấp trên trực tiếp của cơ sở y tế xác định tình trạng nghiện ma túy.

2 Tên cơ sở y tế xác định tình trạng nghiện ma túy.

3 Ghi địa danh theo hướng dẫn về thể thức của Chính phủ.

4 Ghi họ tên của người tự nguyện xác định tình trạng nghiện ma túy.

5 Ghi rõ kết quả theo 1 trong 2 trường hợp sau: (1) Nghiện ma túy, tên chất ma túy (nếu xác định được); (2) Không nghiện ma túy.

**Mẫu số 05**

|  |  |
| --- | --- |
| .... (1) ....  .... (2) .... | **CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  **Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ....(3)...., *ngày ....tháng....năm....* |

**PHIẾU KẾT QUẢ  
Xác định tình trạng nghiện ma túy**

Kính gửi: ......(4).....

Căn cứ giấy đề nghị số: /GĐN-(5) ngày....tháng...năm..... của(4)........... về việc đề nghị xác định tình trạng nghiện ma túy đối với ông (bà)(6)..............

Cơ sở y tế (2).................. trả kết quả xác định tình trạng nghiện ma túy đối với ông (bà)(6)................. Sinh ngày: ..../..../......

Số CMND/CCCD/Hộ chiếu /Định danh cá nhân: .........; ngày cấp: .../..../.....

Nơi cấp:

Nơi thường trú:

Nơi ở hiện tại:

**KẾT QUẢ(7)**

.......................................

.......................................

.......................................

|  |  |
| --- | --- |
| **THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ**  *(Ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu)* | **Bác sỹ/Y sỹ xác định tình trạng nghiện ma túy** *(Ký, ghi rõ họ tên)* |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 Tên cơ quan cấp trên trực tiếp của cơ sở y tế xác định tình trạng nghiện ma túy.

2 Tên cơ sở y tế xác định tình trạng nghiện ma túy.

3 Ghi địa danh theo hướng dẫn về thể thức của Chính phủ.

4 Ghi tên cơ quan Công an nơi gửi hồ sơ đề nghị xác định tình trạng nghiện ma túy.

5 Ghi chữ viết tắt đơn vị gửi văn bản đề nghị xác định tình trạng nghiện ma túy theo quy định của Bộ trưởng Bộ Công an. Trường hợp không có quy định thì ghi chữ viết tắt tên đơn vị theo hướng dẫn về thể thức của Chính phủ.

6 Ghi đầy đủ họ tên người được đề nghị xác định tình trạng nghiện ma túy.

7 Ghi rõ kết quả theo 1 trong 2 trường hợp sau: (1) Nghiện ma túy, tên chất ma túy (nếu xác định được); (2) Không nghiện ma túy.