

## Giấy Chứng Nhận về Epinephrine/ Epinephrine Attestation Form

Tôi, \_\_\_\_\_, chứng nhận rằng:  
(Tên và Họ)

Tôi đã có trong tay ống chích Epinephrine tự động chưa hết hạn, trong suốt tháng :

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(Tháng) (Năm)

Ngày hết hạn ống chích Epinephrine tự động: \_\_\_\_\_

Số Tham Chiếu MedAssist: \_\_\_\_\_

Ngày Sinh: \_\_\_\_\_

Địa Chỉ E-mail: \_\_\_\_\_

**Chữ ký tên của tôi dưới đây chứng nhận rằng thông tin mà tôi cung cấp trên đây là  
sự thật và đúng theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi.**

\_\_\_\_\_  
Tên của Bệnh Nhân (viết chữ in)

\_\_\_\_\_  
Chữ ký tên của Bệnh Nhân

\_\_\_\_\_  
Ngày ký tên