

Thông báo Tư vấn Sau khám về Kết quả Khám Ung thư Phổi

Tên		Số đăng ký cư trú	
-----	--	-------------------	--

Về kết quả khám ung thư phổi:

Về cai thuốc lá:

Ngày tư vấn	Ngày/Tháng/Năm	Bác sỹ chuyên khoa	Số giấy phép
			Tên bác sỹ (ký tên)