

**Giấy Chứng Nhận Thuốc Bơm Suyễn**  
**Asthma Inhaler Attestation Form - Vietnamese**

Tôi, \_\_\_\_\_, chứng nhận rằng:  
(Tên và Họ - First and Last Name)

Tôi đã có trong tay thuốc bơm suyễn chưa hết hạn, trong suốt tháng:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(Tháng-Month) (Năm-Year)

Tên của Thuốc Bơm Suyễn: \_\_\_\_\_

Ngày Hết Hạn của Thuốc Bơm Suyễn: \_\_\_\_\_

Số Tham Chiếu MedAssist Ref.#: \_\_\_\_\_

Ngày Sinh: \_\_\_\_\_

Địa Chỉ E-mail: \_\_\_\_\_

**Khi ký tên dưới đây, tôi chứng nhận rằng các thông tin trên đây là sự thật và đúng theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi.**

\_\_\_\_\_  
Trên của Bệnh Nhân (chữ in) Patient Name (Print)

\_\_\_\_\_  
Bệnh Nhân Ký Tên/ Patient's Signature

\_\_\_\_\_  
Ngày Ký/ Date Signed