

**Phụ lục 3**

*(Ban hành kèm theo Thông tư số 29/2010/TT-BYT)*

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

**GIẤY CHỨNG NHẬN Y TẾ ĐÃ XÁC ĐỊNH LẠI GIỚI TÍNH**

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.....

Chứng nhận:

Bệnh nhân:.....

Tuổi:.....

Địa chỉ thường trú: .....

Số CMND/Hộ chiếu: ..... ngày cấp ..... nơi cấp.....

đã được can thiệp y tế để xác định lại giới tính và mang giới tính là:.....

(viết cụ thể là Nam hoặc Nữ).

**TRƯỞNG KHOA**  
*(Ký và ghi rõ họ tên)*

....., ngày..... tháng..... năm.....  
**GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN**  
*(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)*