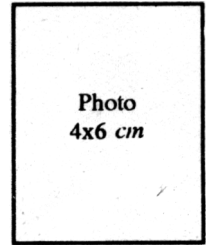


**ĐƠN XIN NHẬP XUẤT CẢNH VIỆT NAM**  
(Dùng cho người nước ngoài)  
**APPLICATION FOR ENTRY AND EXIT VISA**  
(For foreigners)

M3



1-Họ tên (chữ in hoa):

*Name and surname (In block letters)*

2-Ngày sinh: ..... 3-Giới tính: .....

*Date of birth*

*Sex*

4-Nơi sinh: ...

*Place of birth*

5-Quốc tịch gốc: .....

*Nationality at birth*

Quốc tịch hiện tại: .....

*Present nationality*

6-Hộ chiếu Số: ..... Loại: .....

*Passport N°*

*Kind of passport*

- Ngày cấp: ..... - Ngày hết hạn:

*Date of issue*

*Expiry date*

- Cơ quan cấp: .....

*Issued by*

7-Nghề nghiệp: .....

*Profession*

Nơi làm việc: .....

*Place of employment*

Số điện thoại (Telephone N°): .....

8-Địa chỉ cư trú hiện nay: .....

*Present address*

Số điện thoại (Telephone N°):

9-Trẻ em cùng đi (họ tên, ngày sinh, quan hệ):

*Children accompanying (full name, date of birth, relation)*

10-Mục đích nhập xuất cảnh:

*Purpose of entry and exit*

Tên, địa chỉ cơ quan, tổ chức hoặc họ tên, quan hệ

địa chỉ của thân nhân ở Việt Nam, nơi vào làm việc hoặc thăm:

*Name, address of office, or organization or full name relation, address of your relatives to contact or visit while in Vietnam.*

11 Thời gian dự kiến NXC Việt Nam:

Từ ngày ..... đến ngày .....

*Proposed duration to entry and exit Vietnam*

From ..... To .....

12 Số lần nhập xuất cảnh:

*Entry & exit times*

13-Cửa khẩu NXC Việt Nam:

*Port of arrival and departure*

14-Tôi cam đoan những nội dung trên đây là đúng sự thật.

I swear the above declaration are true for which I shall take responsibility.

Làm tại  
Done at

ngày  
on .....

Ký tên  
Signature

**Note :**

*-Please, fill two forms attaching two latest photos, in 4x6 cm size, with a face straight forward submit one form to the Vietnam visa issuing office, or consulate, and the other to the frontier police post upon your arrival.*

*-The accompanying children under 14 years old may be included in this form, with two photos.*

**BỘ Y TẾ/MINISTRY OF HEALTH**

(15 x 23 cm)

**Cơ quan kiểm dịch y tế biên giới/Health Quarantine Service**  
 tỉnh, thành phố/of: \_\_\_\_\_

**TỜ KHAI KIỂM DỊCH Y TẾ ĐỐI VỚI NGƯỜI NHẬP - XUẤT CẢNH VIỆT NAM**  
**ARRIVAL/DEPARTURE MEDICAL CARD**

Họ và tên/Name: \_\_\_\_\_ Tuổi/Age: \_\_\_\_\_ Nam/Male  Nữ/Female   
 Ngày tháng năm sinh/Date of Birth: \_\_\_\_\_  
 Số hộ chiếu/Passport No.: \_\_\_\_\_  
 Quốc tịch/Nationality: \_\_\_\_\_  
 Số hiệu phương tiện vận tải/Registration No. of identification means of transport : \_\_\_\_\_  
 Từ/From: \_\_\_\_\_ Đến/To: \_\_\_\_\_  
 Địa chỉ tại Việt Nam/Address in Vietnam: \_\_\_\_\_  
 Khi cần báo cho ai (tên, địa chỉ, số điện thoại)/In case of emergency please contact with (name, address, telephone No.): \_\_\_\_\_

Trong 10 ngày qua/Within the last 10 days:

1. Bạn có tiếp xúc với bệnh nhân nào có hội chứng viêm đường hô hấp cấp không/Have you been in close contact with a person who has been diagnosed with Severe Acute Respiratory Syndrome?  
 Có/Yes  Không/No

2. Bạn có đi du lịch đến khu vực nào có bệnh nhân xuất hiện hội chứng viêm đường hô hấp cấp không/Have you traveled to the areas reporting case of Severe Acute Respiratory Syndrome?  
 Có/Yes  Không/No

3. Bạn có xuất hiện các triệu chứng sau/Have you got any of the following symptoms?

	Có/Yes	Không/No
- Sốt trên 38°C/Fever of more than 38°C (100.4°F)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ho/Cough	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Thở ngắn/Shortness of Breath	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Khó thở/Difficulty of Breath	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
và, một số triệu chứng khác/and other symptoms?		
- Đau đầu/Head ache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Đau mỏi cơ bắp/Muscular stiffness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ăn không ngon/Lost of appetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Khó chịu/Malaise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nhầm lẫn/Confusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Phát ban/Rash	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tiêu chảy/Diarrhea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vì sức khoẻ của bạn, nếu xuất hiện các triệu chứng trên đề nghị liên hệ ngay với cơ quan kiểm dịch y tế tại cửa khẩu để được tư vấn./ For your health, if you have any of the above symptoms please proceed immediately to the Health Quarantine Service for consultation.

Ngày tháng năm 2003/Date Month Year 2003  
 Người khai ký (ghi rõ họ tên)/Signature and full name of applicant