

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

PHIẾU ĐĂNG KÝ
Chiêu sinh Lớp “Kiểm soát nhiễm khuẩn 5 ngày”

Kính gửi : Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.

Họ và tên: Giới tính:

Ngày, tháng, năm sinh: Nơi sinh:

E-mail:

Hiện đang công tác tại đơn vị:

Khoa/phòng:

Điện thoại cố định:Điện thoại di động:

Địa chỉ liên hệ:

Tôi đăng ký theo học **Lớp “Kiểm soát nhiễm khuẩn 5 ngày”** được tổ chức tại
Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.

....., ngày..... tháng... năm 20...

Người làm đơn

(Ký, ghi rõ họ và tên)