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

*Tp. Hồ Chí Minh , ngày.... tháng... năm 20....*

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

**Thực hành tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh**

Kính gửi: - Ban Lãnh đạo Phòng khám Đa khoa trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

- Đơn vị Đào tạo & Nghiên cứu Khoa học

Họ và tên: ...................................................................................................................

Ngày, tháng, năm sinh: ..............................................................................................

Giấy chứng minh nhân dân/Số định danh cá nhân/Số hộ chiếu: .............................

Ngày cấp ...................................................... Nơi cấp: ...............................................

Địa chỉ cư trú: ............................................................................................................

Điện thoại: ...................................................... Email (nếu có): ................................

Văn bằng chuyên môn:...........................................................................................

Chuyên khoa đăng ký thực hành1:  ...........................................................................

Thời gian đăng ký thực hành: ....................................................................................

Để có đủ điều kiện được cấp chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh, tôi đề nghị Ban Lãnh đạo Phòng khám cho phép và tạo điều kiện cho tôi được thực hành khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Tôi xin cam kết sẽ thực hiện đúng các quy định của pháp luật về việc thực hành khám bệnh, chữa bệnh và các quy định khác có liên quan của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh./.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **NGƯỜI LÀM ĐƠN** |
| **BAN LÃNH ĐẠO PHÒNG KHÁM** | **ĐƠN VỊ ĐÀO TẠO & NCKH** |

1 *Ghi một trong: điều dưỡng viên, kỹ thuật viên (xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh)*