|  |
| --- |
| **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM** |
| **Độc lập – Tự do – Hạnh phúc** |
| *Thành phố Hồ Chí Minh, ngày………tháng………năm………* |

**ĐƠN XIN XÁC NHẬN QUÁ TRÌNH THỰC HÀNH**

|  |  |
| --- | --- |
| Kính gửi: | * Phòng Quản lý chất lượng. |

Họ và tên:

Ngày tháng năm sinh: Giới tính:

Địa chỉ cư trú:1

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

Ngày cấp: Nơi cấp:2

Điện thoại: Email (nếu có):

Văn bằng chuyên môn:3 Năm tốt nghiệp:

Nay tôi làm đơn này kính xin Ban Giám đốc Bệnh viện Nguyễn Tri Phương xác nhận trong khoảng thời gian tôi thực hành tại khoa

thời gian từ 4 đến

do:5 , chứng chỉ hành nghề số: ngày cấp: , nơi cấp:

hướng dẫn thực hành với sự nhận xét như sau:

* Năng lực chuyên môn:
* Đạo đức nghề nghiệp:

Kính trình Ban lãnh đạo Bệnh viện Nguyễn Tri Phương xem xét và chấp thuận xác nhận quá trình thực hành./.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **NGƯỜI LÀM ĐƠN** *(Ký và ghi rõ họ, tên)* |

1 Ghi địa chỉ cư trú/ địa chỉ tạm trú tại thành phố Hồ Chí Minh.

2 Ghi đơn vị cấp (mặt phía sau tại vị trí chữ ký chứng minh nhân dân / Căn cước công dân)

Vd: **Chứng minh nhân dân:** Công An Tỉnh……

**Căn cước công dân:** Cục Cảnh sát ĐKQL cư trú và DLQG về dân cư / Cục Cảnh sát QLHC về TTXH.

3Ghi văn bằng chuyên môn cao nhất.

4Ghi cụ thể thời gian thực hành: *(xem trong tờ hướng dẫn thủ tục cấp giấy xác nhận quá trình thực hành)*

5 Ghi đầy đủ học hàm và họ tên người hướng dẫn thực hành. Lưu ý: người hướng dẫn thực hành phải có học hàm ngang bằng hoặc cao hơn và đã có chứng chỉ hành nghề được 3 năm trở lên so với ngày bắt đầu thực hành tại mục 4.

Vd: Người xin xác nhận quá trình thực hành là **BS**. Nguyễn Văn A, thời gian thực hành từ ngày **01/02/2017** thì người hướng dẫn phải là **BS hoặc BS. CKI, CKII** và có chứng chỉ hành nghề cấp trước ngày **01/02/2014** *(nhiều hơn 03 năm trở về trước so với ngày 01/02/2017)*