|  |  |
| --- | --- |
| SỞ Y TẾ | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM** |
| THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH | **Độc lập – Tự do – Hạnh phúc** |
| **BỆNH VIỆN NGUYỄN TRI PHƯƠNG** |  |
| Số: ……../GXNTH | *Thành phố Hồ Chí Minh, ngày….tháng….năm…...* |

**GIẤY XÁC NHẬN QUÁ TRÌNH THỰC HÀNH**

Bệnh viện Nguyễn Tri Phương xác nhận:

Ông/bà: …………………………………….

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

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

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

Ngày cấp: Ngày ……… tháng ………..năm ………….

Nơi cấp: ……….. .

Văn bằng chuyên môn:  . Năm tốt nghiệp: ………..

Đã thực hành tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương do …………………………. chứng chỉ hành nghề số ……………………………….. hướng dẫn và đạt kết quả như sau:

1. Thời gian thực hành: Từ ngày ……. tháng …… năm ………đến ………….

2. Năng lực chuyên môn: …………………………………………………………….

3. Đạo đức nghề nghiệp: …………………………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
|  | **GIÁM ĐỐC** *(Ký ghi rõ họ, tên và đóng dấu)* |