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

*Thành phố Hồ Chí Minh, ngày.... tháng... năm 20....*

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

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

Kính gửi:

- Ban Giám đốc Bệnh viện Nguyễn Tri Phương;

- Ban quản lý đào tạo.

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

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

Số chứng minh nhân dân/số căn cước công dân/số căn cước/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 hành:  ...........................................................................

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

Để có đủ điều kiện được cấp giấy phép hành nghề khám bệnh, chữa bệnh theo quy định, tôi đề nghị Ban Giám đốc Bệnh viện cho phép và tạo điều kiện cho tôi được tham gia 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 QUẢN LÝ ĐÀO TẠO Ý KIẾN BAN GIÁM ĐỐC**