**KHÔNG in trang này ra giấy**

**ĐỀ NGHỊ ĐỌC KỸ VÀ THỰC HIỆN THEO HƯỚNG DẪN**

1. Nơi sinh: ghi rõ tên tỉnh/thành phố. Vd: Thành phố Hồ Chí Minh, tỉnh Hà Nam, tỉnh Quảng Ngãi, Thành phố Đà Nẵng, tỉnh Đắk Lắk, … *KHÔNG VIẾT TẮT* tên tỉnh/thành phố
2. Ghi một trong năm thông tin về số chứng minh nhân dân/số căn cước công dân/số căn cước/số định danh cá nhân/số hộ chiếu còn hạn sử dụng
3. Nơi cấp: đề nghị xem và viết đúng theo thông tin trên chứng minh nhân dân/ căn cước công dân/ căn cước/ hộ chiếu (Vd: Công an tỉnh Đắk Nông, Cục Cảnh sát quản lý hành chính về trật tự xã hội, …)
4. Địa chỉ: ghi theo địa chỉ trên căn cước công dân
5. Văn bằng chuyên môn: ghi rõ theo bằng tốt nghiệp (Vd: Cử nhân Vật lý trị liệu, Cử nhân Phục hồi chức năng, Cử nhân Kỹ thuật xét nghiệm y học, Cử nhân Kỹ thuật hình ảnh y học, …)
6. Thời gian đăng ký thực hành: Ghi từ ngày 01 của tháng cộng thêm 6 tháng (Vd: Từ ngày 01/08/2024 đến hết ngày 01/02/2025)
7. Chọn 1 Khoa thực hành chuyên môn: Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Khoa Phục hồi chức năng, Khoa Vi sinh, Khoa Xét nghiệm.

Yêu cầu tất cả thông tin phải được gõ vi tính trước khi in ra giấy để ký tên.

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**

**Độc lập – Tự do – Hạnh phúc**

*Thành phố Hồ Chí Minh, ngày tháng năm 202*

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

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

Kính gửi: Ban Giám đốc Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM

Họ và tên: VIẾT IN HOA (giới tính: …)

Ngày, tháng, năm sinh: DD/MM/YYYY

Nơi sinh: (1)

Số chứng minh nhân dân/số căn cước công dân/số căn cước/số định danh cá nhân/số hộ chiếu: (2)

Ngày cấp: DD/MM/YYYY

Nơi cấp: (3)

Địa chỉ: (4)

Điện thoại: 0990 ABC DEG Email:

Văn bằng chuyên môn: (5)

Thời gian đăng ký thực hành: Từ ngày DD/MM/YYYY đến hết ngày DD/MM/YYYY (6)

Để có đủ điều kiện được cấp giấy phép hành nghề khám bệnh, chữa bệnh, kính đề nghị Ban Giám đốc Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM 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**  **Châu Anh Vũ** |

\*Số điện thoại liên hệ trong trường hợp khẩn cấp: 0990 ABC DEF, quan hệ với người làm đơn: Cha, Mẹ, Anh, Chị, …

**KẾ HOẠCH THỰC HÀNH TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TPHCM**

**DD/MM/YYYY – DD/MM/YYYY**

Họ và tên: VIẾT IN HOA

Ngày sinh: DD/MM/YYYY

Tốt nghiệp (5) … năm 2019 tại trường Đại học/Cao đẳng …

Kế hoạch thực hành 6 tháng tại Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM:

* Khoa Cấp cứu: 1 tháng
* (7) …: 5 tháng

*Ngày tháng năm 202*

**Người lập kế hoạch**

*(ký và ghi rõ họ tên)*