**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 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 căn cước công dân/ căn cước/ hộ chiếu (Vd: Cục Cảnh sát quản lý hành chính về trật tự xã hội, Bộ Công an…)
4. Địa chỉ: ghi theo địa chỉ trên căn cước công dân/căn cước
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 đúng theo thông báo chiêu sinh
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 TP. Hồ Chí Minh

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 TP. Hồ Chí Minh 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**  *(Ký và ghi rõ họ tên)* |

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

**KẾ HOẠCH THỰC HÀNH   
TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH**

**DD/MM/YYYY – DD/MM/YYYY**

Họ và tên: VIẾT IN HOA

Ngày sinh: DD/MM/YYYY

Tốt nghiệp Cử nhân Kỹ thuật phục hồi chức năng năm 2024 tại Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Kế hoạch thực hành 6 tháng tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh:

* Khoa Cấp cứu: 1 tháng
* Khoa Phục hồi chức năng: 5 tháng

*Ngày tháng năm 202*

**Người lập kế hoạch**

*(ký và ghi rõ họ tên)*